

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° D. 34626 N° W19-479917

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12509

Matricule : 12509 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAKI ALAE

Date de naissance : 05/03/86

Adresse : lot Yasmine 2 Res Pole 3 Apr 2 C.P. 20620 Casa

Tél. : 0673572938 Total des frais engagés : 82,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/05/2020

Nom et prénom du malade : Amal DAMIR

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 07/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7/5/2020		C G		INF 091992463

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI IMAM MALEK Dr. MEDDAH Mourad Hay Lakemal Rue 28 N° 44 Tel. 0522 71 08 55 05	7/5/2020	82.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

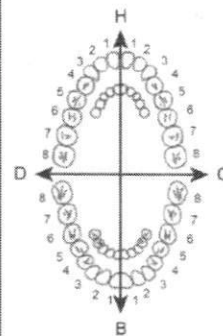
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

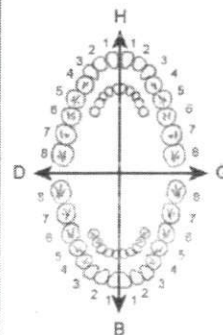
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
G	00000000
B	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre
Spécialiste des maladies des Enfants
Nourrissons, Nouveaux-nés
Allergologue
Asthme et Allergies des Enfants

اختصاصية في أمراض
الرضع و الأطفال
اختصاصية في حساسية الأطفال
و أمراض الربو الضيقة

Nourrisson BENZAKI Nour

Casablanca, le : في : الدار البيضاء،

Age : 9 jours

Poids : 3,70 Kg

1 - BCG

6.1.2

2 - VITAMINE D3 B.O.N 200.000UI/L

une ampoule en une seule prise

2090

88,10

PHARMACEUTICAL IN AM MALK
Dr. MEDDAH Mouloud
Moy. Lakemal, Box 28 N° 04 - Casablanca
Tel. 05 22 33 57 20 - GSM 06 61 09 74 40

الدكتورة أمال ضمير
اختصاصية في أمراض
الرضع و الأطفال
اختصاصية في حساسية الأطفال
و أمراض الربو الضيقة
Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
05 22 33 57 20 - GSM 06 61 09 74 40

المرجو احترام وصفة طبيكم

Bd. Abou Bakr el kadiri, Lotissement Haddioui N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 33 57 20 - Gsm : 06 61 09 74 40 - الهاتف : E-mail : damiramal25@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -
1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc
AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 65.50 DH
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

Sii

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G100 0709S4032

EXP. : OCT.2021 OCT.2023

8



PPV : 61,20 DHS
PVT. LTD.
INDIA

Dose : 0,05 ml, intradermique pour les enfants de moins d'un an.
: 0,1 ml, intradermique pour les enfants ages plus d'un an et les adultes.

Vaccin BCG vivant, atténué (Souche Bacillus Calmette Guérin)

Chaque 0,1 ml contient entre : 2×10^5 et 8×10^5 C.F.U.

Reconstituer avec 1 ml d'injection du chlorure de sodium

A conserver entre 2° - 8° C

Conserver à l'abri de la lumière

Conforme aux exigences de l'O.M.S.

Lire la notice avant utilisation

Tableau A (Liste I), médicament soumis à prescription médicale



Fabriqué par :

SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT. LTD.

212/2, Hadapsar, Pune 411 028, INDIA

20007845/3



BATCH

MAN 0519

HP337

EXP 0423

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II **لائحة**

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21NNPF:


6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /

MA holder / صاحب مقرر التسجيل



GROUP

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / **المصنع**

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de ~~Sirard~~

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE