

## 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.

N° D.  
34626 N° W19-479917

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12509</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BENZAKI ALAE</b>			
Date de naissance : <b>05/03/86</b>			
Adresse : <b>lot Yasmine 2 Res Pole 3 Apt 52 C.P. 20120 Casab</b>			
Tél. : <b>0673572938</b>	Total des frais engagés : <b>82,10</b> Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>Dr. Amal DAMIR</b> <i>DR. AMAL DAMIR</i> <b>23 JUIL 2020</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Vaccin</b>			
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) : 

### RELEVE 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		INP 091199264463

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MAM MALEK	Dr. MEDDAH Mourad	0522357200 N.D. 05/03
Hay Lakemor Rue 28 N°64	Dr. MEDDAH Mourad	0522357200 N.D. 05/03
Tel. 0522 71 30 00 GSM 08 07 08 55 09	7/5/2020	82.10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

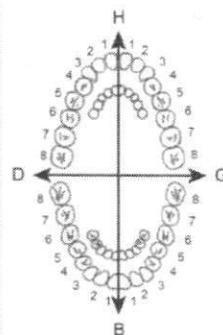
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

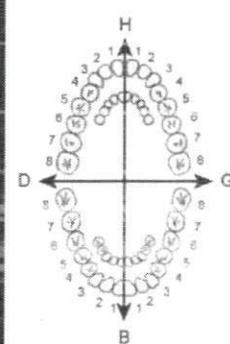
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

# Cabinet Dr. Amal DAMIR

## عيادة الدكتورة أمال دمیر

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergies

07.05.2020

Enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية



**Nourrisson BENZAKI Nour**

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

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

20/9/0

22/10

PHARMACE AL WAAIM MALEK  
Dr. MEDDAH Noureddine  
Hay Lakemda Rue 28 N° 02  
GSM: 06 61 09 45 02  
W: 06 22 33 57 20

Dr. Amal DAMIR  
Pédiatre  
Allergologue  
Asthme et Allergies  
06 22 33 57 20  
GSM: 06 61 09 74 40  
E-mail: damirama25@hotmail.com

الرجو احترام وصفة طبيبك

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

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديبو الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 33 57 20 - E-mail : damirama25@hotmail.com

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



PPV : 61,20 DHS

VIDI PVT. LTD.

Dose : 0,05 ml, intradermique pour les enfants de moins d'un an.  
: 0,1 ml, intradermique pour les enfants âgés plus d'un an et les adultes.  
Vaccin BCG vivant, atténué (Souche Bacillus Calmette Guérin)  
Chaque 0,1 ml contient entre :  $2 \times 10^5$  et  $8 \times 10^5$  C.F.U.  
Reconstituer avec 1 ml d'injection de 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

2007845/3



BATCH  
HP337

MAN 0519  
EXP 0423

## Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

لتغدو بحسب تعليمات الطبيب المعروض عليه

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma  
AMMNR°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE  
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA  
1, rue Comte de Sirmard  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE