

## 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° W19-490769

CA

ND = 1637

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12693

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AIT EL HAJ Mustapha

Date de naissance : 08/04/1987

Adresse :

Tél. : 05 22 91 22 00

Total des frais engagés : 328,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NE'ARI Youreddine  
Praticien sur Spécialité  
Pédiatrie  
3141  
Casablanca  
Tél: 05 22 23 80 - Fax: 05 22 23 81

Date de consultation : 02/01/2020

Nom et prénom du malade : AIT EL HAJ Taher

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Vaccination

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 : CASABLANCA

Le : 13/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*





# 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
31/08/2020	08 07 25	(f)	25000	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	09/01/20	78000

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Professeur NEJJARI Nouredine

الأستاذ نجاري نور الدين

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous

طب الأطفال  
أستاذ سابق بكلية الطب  
بالدار البيضاء  
الزيارة بالموع



Casablanca, le 02/01/20 في الدار البيضاء.

RECOT : 190036  
PXP : 06.2024  
PU : 13.000H

AL EL HAJ TATTA

65,50 + 1300



201 Sterogyl 15



1300

0,5 me Perus

78,50

PHARMACIE MERIEUX  
Nouredine NEJJARI  
Droguier en Pharmacie  
311, Bd. Abdelmoumen  
Tél.: 05.22.23.23.80



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, atténue (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 du chlorure de sodium

A conserver entre  $2^{\circ}$  -  $8^{\circ}$  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

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"

**VACCIN BCG**  
(Lyophilisé)

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

1 ml

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G019

0709S4017

EXP. : JUL.2021

FEB.2023