

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.

Diagnostique 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

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° P19-0027301

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

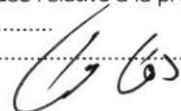
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12577 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : TOUHAMI HICHAM
 Date de naissance : 05/12/1987
 Adresse : 168, rue Hady Amman Riffi - Casablanca 20000
 Tél. : 06 70 26 27 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 12/07/2020
 Nom et prénom du malade : TOUHAMI Youssef Age: 12 ans
 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 : Casablanca Le : 12/07/2020
 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 Medecin attestant le Paiement des Actes
12-2-20		C2	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	12-2-20	145,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

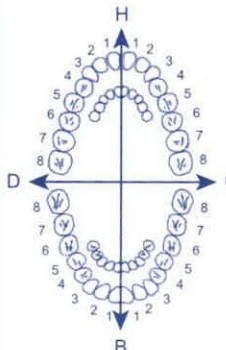
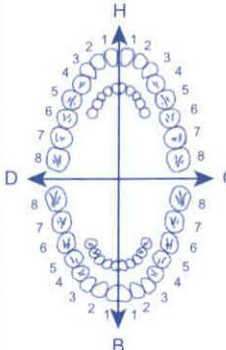
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham EL KADIRI

PEDIATRE

Diplômée de la faculté de

Médecine de Lille

Tel : 05 22 75 00 61



الدكتورة الهام القادري

اختصاصية في امراض

الاطفال والرضع

خريجة كلية الطب بليل

الهاتف : 05 22 75 00 61

Casablanca, le 12-2-20 في الدار البيضاء ،

TOUHAMI Youssef

65,50

BCG

80,00

Eugenix B₁₀

145,50

Dr. EL KADIRI EL OUF Ilham
PEDIATRE
7, Bloc 55 - Maroua - Souhaib
Erroumi - Bernoussi - Casablanca
05 22 75 00 61

7, Bloc 55 Boulevard Souhaib Erroumi Hay Bernoussi - Casablanca
7 بلوك 55 شارع صهب الرومي حي البرنوصي - الدار البيضاء

Sii

1 ml

VACCIN BCG

(Lyophilisé)

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

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G019

0709S4017

EXP. : JUL.2021

FEB.2023

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

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"



Suspension for injection ;
Intramuscular use
Suspension injectable ;
voie intramusculaire
Suspension inyectable ;
via intramuscular



enfant /
rica

1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

rDNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

Read the package leaflet before use • Medicinal product subject to medical prescription
Keep out of the sight and reach of children

Lire la notice avant utilisation • Médicament soumis à prescription médicale
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento • Medicamento sujeto a
prescripción médica • Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños

GlaxoSmithKline Biologicals s.a.
Rue de l'Institut, 89
B-1330 Rixensart, Belgium

©2016 GSK group of companies
Engerix is a trade mark of the
GSK group of companies

rDNA hepatitis B vaccine
Vaccin contre l'hépatite B ADNr
Vacuna antihepatitis B ADNr

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

Suspension for injection ;
in intramuscular use
Suspension injectable ;
voie intramusculaire
Suspension inyectable ;
via intramuscular

Engerix-B 10TM

Engerix-B 10TM

Junior dose / Dose enfant /
Dosis pediátrica

Protect from light
Do not freeze
Shake before use

Protéger de la lumière
Ne pas congeler
Agiter avant emploi

Proteger de la luz
No congelar
Agitar antes de usar

Storage/Cons.: 2°C - 8°C

1 dose/dosis (0,5 ml) contains/contient/contiene:

Inj./Inyec. : I.M.

