

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-781694

151954 SN

EN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

12568

Société :

PAR

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSATTE Houssam

Date de naissance :

27.04.87

Adresse :

RIAD ANDALOUSIE MARRAKCH 3 imm 59

Appt 80 HAY RIND RABAT

Tél. :

06 28 49 07 01

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/01/23

Nom et prénom du malade :

ESSATTE Lilya

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

M. laryng Facial

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 :

Le : / /

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
16.01.23	CZ		3.0000	INP : 09 M 831640 R. KHALIL pédiatre BIR ANZAR Ms. RIBH A... Khalil Al Achtaim Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> Centre de DIDA Dr. Roudani Casablanca Tel: 05 22 99 87 46	16/01/23	61,20

## **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
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

**Docteur Khalid TAZI**

**PÉDIATRE**

Diplômé d'Etudes Spéciales de Pédiatrie - PARIS

Ancien Maître Assistant au CHU Avicenne

**الدكتور خالد التازي**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

خريج الدراسات المختصة في طب الأطفال - باريس

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن سينا

16.01.2023

Essaouira

14/01  
31/01/2023

ABCdeur. Etat Mixte

l bilan du n°age 2 à 3 mois

BCG. 20 w.

61,20



Dr Khalid Tazi  
Pédiatre  
RIBH - A-8  
BIR ANZARANE  
Rue Kaid Al Achtar  
Casablanca

Résidence RIBH "A"

إقامة ربح - A - الطابق الأول - شارع بئر أنزدان / زنقة القائد الأشطر - المعارييف - الدار البيضاء : فوق إنوي مقابل سوق السلك القديم

Angle Rue Kaïd Al Achtar Bd. BIR ANZARANE - Maârif - Casablanca : au dessus de INWI en face ancien marché SALK

① : 05 22 25 83 82

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 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 : 61.20 DH  
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"



# VACCIN BCG <sup>1 ml</sup> (Lyophilisé)

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

NOM DE FABR.: 10

LOT: 03716104  
EXP.: MAR. 2024

DILUANT  
070184005  
MAY 2025

200078454

HPP 2