

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



ND: 46507

**Déclaration de Maladie : N° P19-0009950**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAFREM Med Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 06 62 76 55 21 Total des frais engagés : 625,00 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Zineb LAHLOU BELLAH  
 PEDIATRE  
 Val Fleuri - Casablanca  
 Tél: 05 22 25 15 32  
 Date de consultation : 22/10/2020  
 Nom et prénom du malade : LAFREM Zayd  
 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 : CYN Le : 23/11/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## Biologie 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009950


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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
22/10/2020	G	1	309,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2020	321,00

# 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	

VOLET ADHERENT

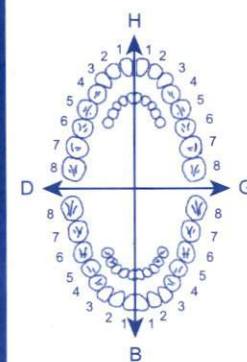
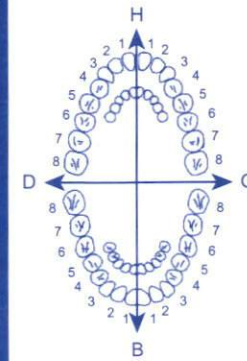
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste  
des maladies du Nourrisson  
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32  
SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le 22/10/2020

LAFRENG Zeyn



Infect - Dext

320,-



Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH  
PEDIATRE  
Val Fleuri - Casablanca  
T: 05 22 25 15 32



# Infanrix *hexa*

Poudre et suspension pour suspension  
injectable en seringue préremplie

gsk

Vaccin diphtérique (D), tétanique (T),  
coquelucheux (acellulaire, multicomposé) (Ca),  
de l'hépatite B (ADNr) (HepB), poliomyélitique  
(inactivé) (P) et de l'*Haemophilus influenzae*  
type b (Hib) conjugué (adsorbé)

1 dose (0,5 ml)

1 flacon et 1 seringue préremplie + 2 aiguilles

Flacon : poudre

Seringue préremplie : suspension

**Voie intramusculaire**

6

## Infanrix *hexa*

Poudre et suspension pour suspension  
injectable en seringue préremplie

gsk

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Lire la notice avant utilisation

A conserver au réfrigérateur

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à  
l'abri de la lumière

Ne pas congeler

Bien agiter avant emploi

6

GlaxoSmithKline Maroc :

Ain Aouda,  
région Rabat

Lactose anhydre  
Chlorure de sodium  
Milieu 199 contenant principalement  
des acides aminés, des sels minéraux,  
des vitamines  
Eau pour préparations injectables

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 325,00 DH  
ID : 644410  
6 118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
Liste I - Uniquement sur ordonnance

Après reconstitution, 1 dose (0,5 ml) :

Anatoxine diphtérique<sup>1</sup> ..... ≥ 30 UI  
Anatoxine tétanique<sup>1</sup> ..... ≥ 40 UI  
Antigènes de *Bordetella pertussis*  
(Anatoxine pertussique<sup>1</sup>, Hémagglutinine filamenteuse<sup>1</sup>, Pertactine<sup>1</sup>)  
..... 25, 25, 8 microgrammes  
Antigène de surface du virus de l'hépatite B<sup>2</sup> ..... 10 microgrammes

Virus de la poliomyélite (inactivés) type 1, 2, 3 ..... 40, 8, 32 unités antigène D  
Polyoside d'*Haemophilus influenzae* type b ..... 10 microgrammes  
(phosphate de polyribosylribitol)<sup>2</sup> conjugué à l'anatoxine tétanique  
en tant que protéine vectrice ..... environ 25 microgrammes  
<sup>1</sup> adsorbé sur Al(OH)<sub>3</sub> ..... 0,5 milligramme Al<sub>3</sub>  
<sup>2</sup> adsorbé sur AlPO<sub>4</sub> ..... 0,32 milligramme Al<sub>3</sub>