

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Diologie 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.

Éducation :

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.

Déclaration de Maladie 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

ND: 46567

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. : **06.62.76.95.21** Total des frais engagés : **1625,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/10/2020**

Nom et prénom du malade : **LAFREM Zayd**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **MACCI MAT**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **1**

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 : **03/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

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 :

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
22/10/2020	6	1	300,00	Dr. Zineb LAHLOU PEDIATRE Val Fleuri 2020 -18/01/2021
03/11/2020	6	1	300,00	

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 Honoriaires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHESIVE

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

• 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

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

LAFREY Zeyn



Infirmier - Hora



326,2



Infanrix

Poudre et suspension pour suspension injectable en seringue préremplie

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

Infanrix
Poudre et suspension pour suspension injectable en seringue préremplie

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Lire la notice avant utilisation

A conserver au réfrigérateur

Lactose anhydre

Chlorure de sodium

Milieu 199 contenant principalement des acides aminés, des sels minéraux, des vitamines

Eau pour préparations injectables

hexa



1 dose (0,5 ml)

1 flacon et 1 seringue préremplie + 2 aiguilles

Flacon : poudre

Seringue préremplie : suspension

Voie intramusculaire

6



6

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

Ne pas congeler

Bien agiter avant emploi

GlaxoSmithKline Maroc :
Ain Aouda,
région Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 325,00 DH
ID : 64410
6 118001 140718

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

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

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

Virus de la poliomyélite (inactivé) type 1, 2, 340, 8, 32 unités antigène D
Polyside d'*Haemophilus influenzae* type b10 microgrammes (phosphate de polyribosyribitol)² conjugué à l'anatoxine tétanique en tant que protéine vectriceenviron 25 microgrammes
1 adsorbé sur Al(OH)₃0,5 milligramme Al³⁺
2 adsorbé sur AlPO₄0,32 milligramme Al³⁺