

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

ditions 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.

rmacie :

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.

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.

ntaire :

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 caractére 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 46505

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022594

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 77 62 521

Total des frais engagés : 11048,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/2020

Nom et prénom du malade : LAFREM Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL

En cas d'accident précisez 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0022594

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
10/13/20	S	1	30000	Dr. Zineb LAHLOU BILALI DENTISTE Val Fleuri - Casablanca Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-MAALI Hay My Rachid Groupe 6 N° 45 Rue V - Casablanca Tel : 05 22 71 73 30	10/13/20	745,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000	
	B 00000000 35533411		B 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zineb LAHLOU BELLALIH

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

10/09/2021

Zayn HERRM

486,00

Symplor

(S.V)

252,00

Retenir

(S.V)

748,00

Dr. Zineb LAHLOU BELLALIH
PEDIATRE
Val Fleuri - Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

PHARMACIE AL-MAARIF
My Rachid Groupe 6
15 Rue V - Casablanca
Tél: 05 22 77 73 30

Oral use
Voie orale
Vía oral

1 dose/dosis (1.5 ml)

1 oral applicator

1 applicateur pour
administration orale

1 aplicador oral

Ready to use
Prêt à l'emploi
Listo para usar

ID : 644453R2

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 252,00 DH



RotarixTM

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus

Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte

1 dose/ dose (1.5 ml) contains/ contient/ contiene:

Live attenuated human rotavirus RIX4414 strain: not less than 10^{6.0} CCID₅₀/ Souche RIX4414 de rotavirus humain vivant atténue : pas moins de 10^{6.0} CCID₅₀/ Rotavirus vivos atenuados humanos, cepa RIX4414: no menos de 10^{6.0} CCID₅₀

Excipient(s): sucrose/ saccharose/ sacarosa, di-sodium adipate/ adipate de sodium/ adipato disódico, Dulbecco's Modified Eagle Medium/ Milieu d'Eagle modifié par Dulbecco/ Medio de Eagle Modificado por Dulbecco (DMEM), sterile water/ eau stérile/ agua estéril

gsk

Oral suspension
Suspension buvable
Suspensión oral

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie
Suspensie voor injectie in voorgevulde spuit
Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)
Pneumokokkenpolysacharide conjugaatvaccin (geadsorbeerd)
Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatimpfstoff (adsorbiert)



Chaque dose de 0,5 ml contient 1 microgramme de polyoside des sérotypes 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 et 23F, et 3 microgrammes des sérotypes 4, 18C et 19F - Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables

Elke 0,5 ml dosis bevat 1 microgram polysacharide voor serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 en 23F en 3 microgram voor serotypen 4, 18C en 19F - Natriumchloride, water voor injectie

1 dose/ dosering/ Dosis (0,5 ml)
1 seringue préremplie + 1 aiguille
1 voorgevulde spuit + 1 naald
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

gsk

Voie intramusculaire/ Voor intramuskulair
ge

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 496,00 DH

ID : 644416R2



6 118001 142392

Eine Dosis (0,5 ml) enthält je 1 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 und 23F und je 3 Mikrogramm Polysaccharid der Serotypen 4, 18C und 19F - Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke