

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

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° W19-433230

NR 37192 COURRIER NSR

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12884	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LABRIM SOFIAN
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	9216	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
17 AOUT 2020			
Date de consultation :	25/07/2020	Age:	
Nom et prénom du malade :			
LABRIM SOPHIA			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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 au 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/07/2020

19 AOUT 2020

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-433230

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
25 07 20	S		250,-	INP : 6911154 NEUJAR STOURGEON Professeur de Pédiatrie Institut Casablanca Fax: 0522 23 23 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>25 02 20 95/07/20</p>	<p>496 1 1300</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
412	21433552
000	00000000
000	00000000
411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. L'hérapeutique nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D												
00000000	00000000											
35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pédiatrie
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 25/07/2023 الدار البيضاء، في

LNB RIM SOPHIA



496

/

polyglossy



18900

21 Stero gyle 15

0,5 ml Penes



PHARMACIE EL ABIDINE
Route d'Azemmour Km 11
Dar Benzina Casablanca
Tel 022.20.03.71

Dr. NEJJARI Noureddine
Professeur de Pédiatrie
314 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél 0522.23.43.80 - Fax: 0522.23.23.81

Synflorix

Suspension injectable en seringue préremplie

Suspensie voor injectie in voor gevulde spuit

Injektionssuspension in einer Fertigspritze

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)

Pneumokokkenpolysacharide conjugataatvaccin (geadsorbeerd)

Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatiumpfstoff (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

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Synflorix

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

Vaccin pneumococcique polyosidique conjugué (adsorbé)

Pneumokokkenpolysacharide conjugataatvaccin (geadsorbeerd)

Pneumokokkenpolysaccharid-Konjugatiumpfstoff (adsorbiert)

1 seringue préremplie + 1 algaine
1 voor gevulde spuit + 1 naald
1 Fertigspritze + 1 Kanüle/Nadel

Voie intramusculaire/ Voor intramusculair
gastro-intestinale Anwendung

ID : 644416R2
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 496,00 DH
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

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

• Lire la notice avant utilisation • Le vaccin doit être amené à température ambiante avant utilisation

Buiten het zicht en bereik van kinderen houden

• Lees voor het gebruik de bijsluiter • Het vaccin dient vóór toediening op kamertemperatuur te zijn

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren

• Packungsbeilage beachten • Der Impfstoff sollte Raumtemperatur erreichen, bevor er verabreicht wird

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

Bewaren in de koelkast • Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen licht • Niet in de vriezer bewaren • Goed schudden voor gebruik

Im Kühlschrank lagern • In der Originalverpackung aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen • Nicht einfrieren • Vor Gebrauch gut schütteln

