

# 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.

## **armacie :**

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.

## **tique :**

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 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**

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

37 599

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0009529**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 12688 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Med Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 31 32

Total des frais engagés : # 877,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/20

Nom et prénom du malade : LAFREM Zayd

Age :

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 :

CPN

Le : 90/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19- 0009529

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
13/8/16	S	1	300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/8/16	13/8/16	

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
				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](mailto:dr.zineb.lahlou@gmail.com)

Casablanca, le 13/8/2020

LAFREng Zeyd



252,0<sup>0</sup>

- Poterie



321,0<sup>0</sup>

- Infan.- Hélo

577,0<sup>0</sup>



# Infanrix

Poudre et suspension pour suspension  
injectable en seringue préremplie

hexa

gsk

6

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

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

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

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

gsk

AROLC405AJ  
11-2018  
10-2021

LOT/MFD/EXP:

Oral use  
Voie orale  
Via oral

1 dose/dosis (1.5 ml)  
1 oral applicator  
1 applicateur pour  
administration orale  
1 aplicador oral

Ready to use/ No reconstitution required  
Prêt à l'emr  
Listo para

R

ID : 644453R2  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 252,00 DH  
6 118001 142323

X<sup>TM</sup>

Rotavirus vaccine/ Vaccin contre le rotavirus/ Vacuna contra rotavirus  
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico

**Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte**

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspensión oral