

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.

Diagnostique 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

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



53962

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009944

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12688 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAFREH Mohamed Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0662 762524 Total des frais engagés : #600,30# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/12/2020
 Nom et prénom du malade : LAFREH Zeyn 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 : CMN Le : 28/12/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009944

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
11/11/12	2	1	300,00	Dr. Zineb LAHLOUBELLAMLI PEDIATRE Val Fleuri Casablanca Tél: 0522 25 15 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MAMMALI Hay M. Rachid 60000 N° 45 Rue V. Casablanca Tél: 05 22 71 70 30	11/11/12	300,00

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

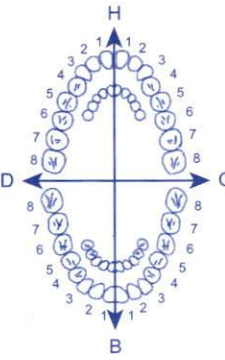
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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

11/2/22

LAFREM Zeyn

20,30 - Miten - D3 Ben
- Imfennix H.B

280,00

300,30

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 280,00 DH
ID : 644415R2
6 118001 140701



HARMACIE AL - MAA
Hay My Rachid Groupe
N° 45 Rue V - Casablanca
Tél : 05 22 71 72 30

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

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufactureur / المُصنِّع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

فيتامين D3 ب.و.ن.®
200 000 وحدة دولية / 1 مل
في أمبولة سعة 1 مل
الكوكليك
كوكليك السيفيرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية
أرثربسيفيرول متوسط السلسلة كمية كافية لزيادة 1 مل

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition :
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU
Medium-chain triglycerides

Vitamine D3 B.O.N.®
200 000 UI/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition :
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 UI
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
CHOLECALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوكليك السيفيرول

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / محلول للحقن العضلي وللشرب 1 ml

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.

Read the leaflet carefully
before use.

Voie orale ou injection I.M.
Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.

Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and
reach of children.

A conserver à une température
inférieure à 25°C

Store below 25°C and away from light.

جب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال
من طريق الفم أو الحقن في العضل.

حفظ بعيداً عن مجال بصر
وإمكان وعن متناول أيديهم

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
بعيداً عن الضوء

DE n° 269/14H 095/9755 رقم مقرر التسجيل