

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Education :

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

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

53962

Déclaration de Maladie : N° P19-0009944

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 126.88 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFREY Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662.762524 Total des frais engagés : #600,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : LAFREY Zeyn Age :

Lien de parenté : Lui-même Comptoir

Nature de la maladie : Vaccination Enfant

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/12/2020

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 :

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
11/07/2023	2	2	Boys. 0	Dr. Zineb LAHLOU BELLALAH PEDIATRE Val Fleur Casablanca Tél: 0522 25 15 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/20	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

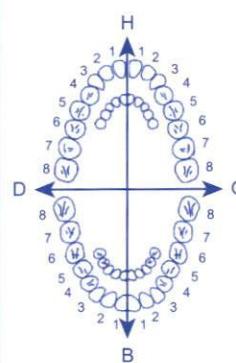
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

2020年1月1日-2020年12月31日

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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

11/12/16/16

LAFREM Bay

20,90 - Nitro - D3 Bay

- Infenix HIB

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

SIS



Dr. Zineb LAHLOU BELLALIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 05 22 25 15 32

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

محلول الحقن العضلي وللشرب / Oral and IM injectable solution / 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.[®]	فيتامين د3 بون	D3 200 000 وحدة دولية / مل.
200 000 IU/1 ml	في أنبوب مل.	للتكميم
in 1 ml ampoule		كميكالسيفيرول (أفيتامين د3) 200 000 IU
Composition :	Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU Medium-chain triglycerides qs 1 ml	كميكالسيفيرول (أفيتامين د3) 200 000 IU
Cholestérol acétyle (vitamine D3) 200 000 IU		كميكالسيفيرول (أفيتامين د3) 200 000 IU
Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml		كميكالسيفيرول (أفيتامين د3) 200 000 IU

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

عبد شاهما بالعربيات الموسوعة

نiquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرّف فقط بوصيب وصفة طبية

لائحة List II - II

ZENITH Pharma

AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6118001 272228

PPV : 20,90 DH

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



BOUCHARA-RECORDATI

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

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPI PHARMA
1, rue Comte de Ségur

1, rue Comte de Sinaïd
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.
Voie orale ou injection I.M.
Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.
A conserver à une température
inférieure à 25°C
et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully before use.
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and reach of children.
Store below 25°C and away from light.