

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

149902

RA 17

13153

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL RHAYAB RACHID

Date de naissance : 21/03/1999

Adresse : Agence de l'air rue ayadur ga Noualh

Tél. : 0661719888

Total des frais engagés : 390,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/11/2019

Nom et prénom du malade : El RHAYAB Ghita Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : vaccination

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casab

Le : 17/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Dépla

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
17/01/2023	PEDIATRE	CA	300.000	DR MEDI LAHLOU BELLAMLI PEDIATRE Val Fleur Casablanca Tél: 0527-25-15-32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL-MARAYEH Hay My Rachid Groupe N° 45 Rue V - Casablanca Tél : 05 22 71 00</p>	17/1/23	20,90 DH

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

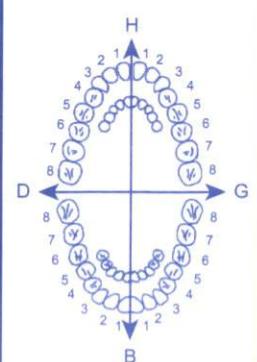
Important

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

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

VISA ET SACHEZ BIEN PRATICIEL AUTOMATIQUE REVISE

VISA ET SACHEZ BIEN PRATICIEL ATTENTANT L'INVESTISSEMENT

Dr. Zine LAHLOU BELLALI
PEDIATRE
Val Fleur - Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

ORDONNANCE

A..... le ...17...

Dr. Zine LAHLOU BELLALI
PEDIATRE
Val Fleur - Casablanca
Tél: 0522 25 15 32

Ghita El RHAYAS

vitamine D₃ Buv.
20 gos 07t

S.V

S.V

PHARMACIE AL-MAALI
Hay My Rachid Groupe 6
N° 45 Rue V. Casablanca
Tél : 05 22 7173 30

Dr. Zine LAHLOU BELLALI
PEDIATRE
Val Fleur - Casablanca
Tél: 0522 25 15 32



BATCH MAN 0122
HP424 EXP 1225

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تقدير дозами بالصيغات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بوصيب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 11800 1272228

PPV: 20,90 DH

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

 BOUCHARA-RECORDATI
GROUP

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

Fabricant / Manufacturer / المصانع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinaid
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.

Viale orale ou injection IM.

Tenir hors de la vue et
à portée des enfants.

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Read the leaflet carefully
before use.

Oral use or IM injection.

Keep out of the sight and
reach of children.

Store below 25°C and away from light.

DE n° 269/14H 095/97/15

بعد فتح البottle الصنف قبل الاستعمال.
عن طريق الحقن في المدخل
أو الفم أو حقن بحقن.
تحفظ بعيداً عن الأطفال.
تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.
بعد فتح البottle الصنف قبل الاستعمال.

بعد فتح البottle الصنف قبل الاستعمال.
عن طريق الحقن في المدخل
أو الفم أو حقن بحقن.
تحفظ بعيداً عن الأطفال.
تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.
بعد فتح البottle الصنف قبل الاستعمال.

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
فيتامين D3 بون 200 000 وحدة دولية/1 ملر

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
كوليكالسيفيرول / CHOLECALCIFÉROL /
CHOLECALCIFEROL / CHOLECALCIFEROOL /
كولي كالسيفيرول /

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml
en 1 ml ampoule
Composition :
Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI
Triglycerides à chaîne moyenne q.s. 1 ml
Méthanol/Chloroform (9:1) 1 ml

(12)
30