

# 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0046805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15374 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL Kharabi Ned JHOUD  
 Date de naissance : 14-03-1954  
 Adresse : 142, la siesta Nohancha  
 Tél. : 0665880768 Total des frais engagés : 67,904 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Achat libre  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAGHDAD</b> Abderrahim SEFRAOUI 13, Rue de Baghdad Tél : 05 23 3102 96 Mohammedia	09-12-19	<b>PHARMACIE BAGHDAD</b> Abderrahim SEFRAOUI 13, Rue de Baghdad Tél : 05 23 3102 96 Mohammedia

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

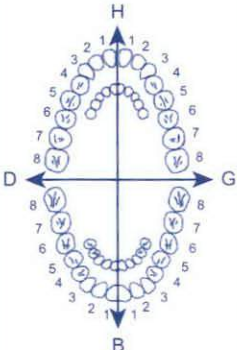
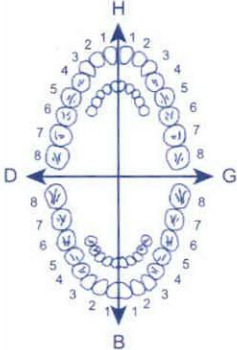
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CEEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE BAGHDAD

**PHARMACIE BAGHDAD**

**Dr SEFRADUI Abderrahim**  
13, Rue Baghdad - Mohammedia  
Tél.: 05 23 31 02 96

**FACTURE N° 001549**

Mohammedia, le 09-19-15

M

Doit

DESIGNATION	Quantité	Prix Unitaire	TOTAL
Drill Sirap	01	25.00	25.00
Bronchobod	01	22.90	22.90
			47.90
<p>Arrière la présente facture la somme de quarante sept de dix.</p>			
<p><b>PHARMACIE BAGHDAD</b> Abderrahim SEFRAOUI 13, Rue de Baghdad Tél : 05 23 3102 96 Mohammedia</p>			

25/99

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

# Drill

Toux sèche

**ADULTES**

sans sucre



# bronchokod

carbocistéine

**bronchokod**  
sans sucre Adultes

## FORMES ET PRESENTATIONS :

### • BRONCHOKOD SIROP

- Sirop enfants, flacon de 125 ml

- Sirop adultes { flacon de 125 ml  
flacon de 300 ml

### • BRONCHOKOD SANS SUCRE, Solution buvable

- Solution buvable adultes { flacon de 125 ml  
flacon de 300 ml

## COMPOSITION :

### BRONCHOKOD SIROP

	Sirop enfants	Sirop adultes
<b>Carbocistéine</b>	2 g	5 g
<b>Excipient q.s.p</b>	100 ml	100 ml

- Excipients à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle et Saccharose.

### BRONCHOKOD SANS SUCRE

	Solut. Buv. Adultes
<b>Carbocistéine</b>	5 g
<b>Excipient q.s.p</b>	100 ml

- Excipient à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle.

