

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 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 (G1) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0033773

NDs 87882

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6986 Société : Refrite RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI Abdelkader

Date de naissance :

Adresse : Tranch 18 Imm 23 N° 14 ATTACHOUKE CRASIA

Tél. : 0666 18 14 74 Total des frais engagés : 149 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 : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

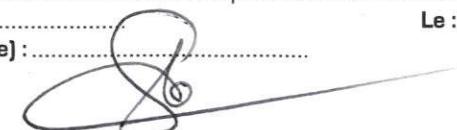
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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) :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Elouina SALHOUN Bd Zaraa Al-Haiwala Im. 11 Télé: 05-34-270-1762 - M: 0920-51762</i>	6/10/21	45.00

### 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
		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 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	G	00000000
	B	35533411		11433553
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# صيدلية سحنون PHARMACIE SAHNOUN SAHNOUN FATIHA



## Docteur en Pharmacie

## FACTURE

**Nº 000058**

Casablanca le : 6-10-21 Mr : SED Pratik Abdel Kader

Quantité	Désignation	Prix U.	Prix T.
0.1	Doximax 500	16.9	→
	ceste fach Ameille a la somme		
	Pharmacie Dr. Rajha SAHNOUN Bd. Maktoum HSY AI Walaq, Im. 11 Tels: 02051707600, 02051762		



محلول  
عن طريق الفم

# دوسيفوكس

Teva  
pharmaceuticals

محلول طبيعي بدون مواد حافظة

دوسيفوكس محلول للشراب - قلورة تحتوي على 200 مل - قلورة تحتوي على 125 مل

٢٧٤٦٣

الشكل والتقديم :

من صنع التحل والتغذى والأرز الأوروبي والخارة العربية. تساعد على إخراج  
بالإنتهاك كما تعمل على تقوية جهاز المناعة بما يضفي إرتياحا شاملا على

الخصائص :

يحتوى دوسيفوكس  
البلغم التراكمي  
المهار النفسي

داعي الاستعمال  
- تراكم البلغم في  
- إنتهاك المخجرة  
- السعال  
- البحث

LOT: 210288

DLUO: 06/2024

49,000H



نصائح الاستعمال :

الكبار: ملعقة كبيرة 3 إلى 4 مرات في اليوم.  
الصغار: ملعقة صغيرة 2 إلى 4 مرات في اليوم.  
في جميع الحالات يجب إحترام وصفة الطبيب ونصائح الصيدلي.

احتياطات الاستعمال :

لا ينصح باستخدامه عند الأشخاص ذوي الحساسية لمستخلصات حلبة التحل  
لا ينصح باستخدامه عند الحامل والمرضعة والطفل الصغير  
قد يحتوى محلول على رواسب تأكسدة عن طبيعة مكوناته دون المس بجودته أو فعاليته  
يجب إغراق الكمية للأجل