

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-691002

146554



| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule | 92 556 - | Société | RAM - |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | Autre : | |
| Nom & Prénom : D. Ben. Abdellah - J. El Aali - | | | |
| Date de naissance : 1942 - | | | |
| Adresse : HY. MY. A. Abdellah. Rue 197 N° 35 casar | | | |
| Tél. : Total des frais engagés : Dhs | | | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casar -

Le : 30/12/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/12/88 | CHx | 1 | 100 | INP : 096369 |
| B88 | | | | RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE FAMILIALE ENNAI N°15 Cesse - Tel: 0529 294850 | 08/12/88 | 105,20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

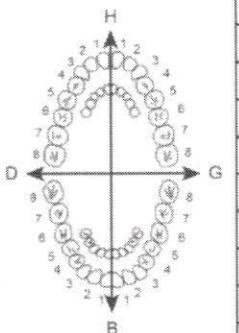
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

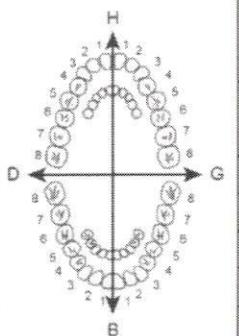
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Médecine Générale

Echographie
Circoncision des Enfants
Diabétologie
Ex Médecin Militaire
Expert assermentée
Agree pour la delivrance
des Certificats medicaux
des permis de conduire
Autorisation d'exercer N° - 7147 -

الطب العام

الفحص بالصدى - ختارة الأطهال
مرض السكري
طبيب عسكري سابق
خبير محلق لدى المحاكم
مقبول لتسليم شواهد
رخص السيارة
رخصة العمل رقم - 7147

Tél: 05 22 21 64 58 : الهاتف

Casablanca, le:

الدار البيضاء

Handwritten signature of Dr. BOUJEDDAINE TSOULI Abdelhaq, a family physician, with several blue ink signatures and a blue stamp of the "PHARMACIE AZHAR AIN CHOCK" located at "N°15 Casa, Tel: 0529 294 850" and "Rue 180, au dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock".

زاوية شارع نازة وممر صغير (زنقة 50 سابقا) رقم 2 فوق صيدلية الأزهار هي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء
Angle Bd Taza et Allée Djebel Saghro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

En Cas d'urgence contactez le Gsm : 06 63 09 08 50 في حالة الاستعجال اتصلوا بـ

bronchokod

carbocisteïne

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

- **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 |
|-----------------|---------------|---------------|
| Carbocisteïne | 2 g | 5 g |
| Excipient q.s.p | 100 ml | 100 ml |

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

BRONCHOKOD SANS SUCRE

| | Solut. Buv. Adultes |
|-----------------|---------------------|
| Carbocisteïne | 5 g |
| Excipient q.s.p | 100 ml |

- Excipient à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle.