

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-007047

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IFRIL QUINE ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOSSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca

Date de consultation : 08/11/23

Nom et prénom du malade : IFRIL QUINE ISMAIL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
08/11/23		02	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/2023	522,80
	092108034	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

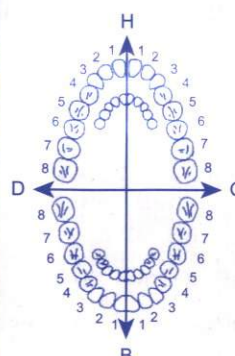
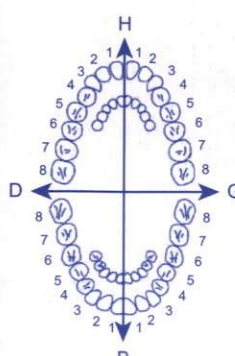
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires

et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : 08/11/2023 : الدار البيضاء في

MR IFRIQUINE ISMAIL

- Solupred 20
3 cp le matin pdt 5 jours
- Clazen xl 500mg
1 cp par jour 7 jours . après repas
- Seretide 500 diskus
1 bouffée matin et soir se rincer la bouche après
- Prazol 20 mg
1 gélule avant le repas 7 jours



Pharmacie Rive Bleue
Dr. ICAME Mohamoud
50, Allée Abou Mahassine
Quartier Raiss
Casablanca
Tél.: 05 22 44 83 70 - 05 22 44 83 71

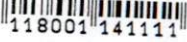
Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd. Rahal El Maskini - Casablanca
Tél.: 05 22 44 83 70 - 05 22 44 83 71

Pharmacie Rive Bleue
Dr. ICAME Mohamoud
50, Allée Abou Mahassine
Quartier Raiss
Casablanca
Tél.: 05 22 44 83 70 - 05 22 44 83 71

62000000080415

06 ID: 652049

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

500
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

propionate de fluticasone / Diskus
salmétérol

SERETIDE

500

microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE

propionate de fluticasone / Diskus
salmétérol



Poudre pour inhalation en récipient unitdose
SYSTEME NON RECHARGEABLE

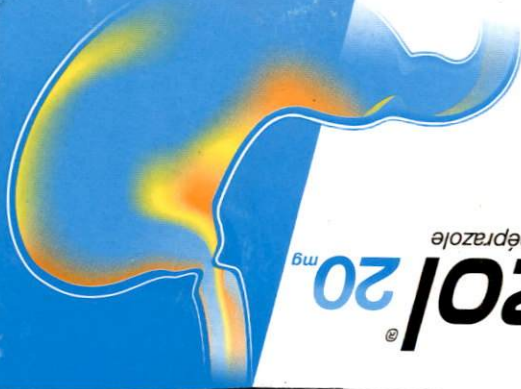




PPV: 52DH80
PER: 06/25
LOT: M218-2

Voie orale

Präzol[®]
Oméprazole
20 mg



14

gélules

6

bottu

B2, Allee des Casernes - Air Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

Microgranules gastro-résistants

Präzol[®]
Oméprazole
20 mg

14
gélules



Clazen[®] 500

clarithromycine

Voie orale

Clazen[®] 500

clarithromycine

14 Comprimés pelliculés



6 118000 330462



14 Comprimés pelliculés

Clazen[®] 500

clarithromycine

14 Comprimés pelliculés

CS0134-03

Ne pas dépasser la dose prescrite
لا تتجاوز الجرعة المحددة

Tableau A (Liste I)

AMM N° 483/16 DMP/21/NCD


Zenith pharma

Fabriqué par ZENITH PHARMA

96, Zone Industrielle, Tassila,
Inezgane Agadir - Maroc

Dr. M. EL BOUHMAÏ, Pharmacien Responsable



14 قرص مغلف

عن طريق الفم

كلازيتاموكسين

500 جلازين

Chaque comprimé pelliculé contient : 500 mg de clarithromycine.

Excipients : q.s.p.

A conserver à une température ambiante.

A utiliser sur prescription médicale.

Pour plus d'information : consulter la notice à l'intérieure.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحتوي كل قرص مغلف على : 500 ملجم من كلازيتاموكسين.

السواغات : كمية كافية للقرص واحد.

يحفظ في درجة حرارة معتدلة.

يصرف بوصفة طبية.

للمزيد من المعلومات : أنظر النشرة المرفقة.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

(106x27x20) mm

132100