

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

liologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

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.

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BDITE NAIMA Date de naissance : 1950

Adresse : 2 Rue Rospière Merimée RES. ZARA. VALFLEURY

Tél. : 0661425140

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/03/2021

Nom et prénom du malade : Bdite Naima Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie respiratoire

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 : Casablanca


Le : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15/03/21	CS		500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/3/21	699 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

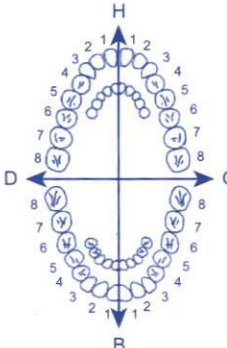
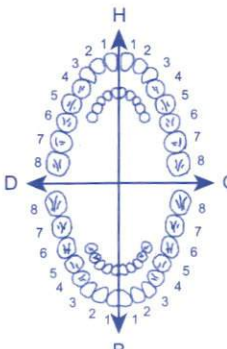
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phrésiologue

Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق. الحساسية

السل. الإقلاع عن التدخين

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية. الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار. إختبار الحساسية

Asthme - Allergies Respiratoires

Tuberculose - Sevrage tabagique

Ronflements et Apnées du Sommeil

Spirométrie - Echographie Thoracique

Bronchosopie - Tests Cutanés

Casablanca, le

15/03/21

Mme Baita Neime

338.00

1/

seritide 250mg (diskus)
AS
inhalation 1/ le
Matin post lunch

115.00

2/

AS
Avenys (spray)

88.00 x 2

2 pulvérisations /soir
le soir post lunch

3/

AS
cortic (sp)

629.00

1 sp 13 le soir post lunch

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13 - الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Physiologue
196 Avenue Mohammed VI - Sulttan
Casablanca - Tél.: 06 22 26 52 08



Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE



SERETIDE
propionate de fluticasone/
salimétrol **Diskus**

500 microgrammes /50 microgrammes par dose

500

62000000034188

500 /50
microgrammes
par dose

500
microgrammes
par dose

SERETIDE
propionate de fluticasone/
salimétrol **Diskus**

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

ID: 645977
6



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

SERETIDE
Diskus

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome Production
27000 Evreux
France

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT
UTILISATION.

Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants
A conserver à une température
ne dépassant pas + 30°C.

Titulaire / Exploitant :

Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison

Curtec® 10 mg
Cétirizine

18x45x97

L
Litho type
1

احترمو الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimés sécables

Voie orale



b bottu s.r.l.
82, Allee des Casuarinas - Ain Sebsa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 88DH00
PER: 09/23
LOT: J2426



Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimés sécables

Voie orale



b bottu s.r.l.
82, Allee des Casuarinas - Ain Sebsa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 88DH00
PER: 09/23
LOT: J2426



Curtec® 10 mg
Cétirizine



Curtec® 10 mg
Cétirizine





Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation
Suspension pour pulvérisation nasale
Furoate de fluticasone



Avamys

27,5 microgrammes/
pulvérisation

Suspension pour pulvérisation
nasale

Furoate de fluticasone

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

Ne pas mettre au réfrigérateur.

Ne pas congeler.

Maintenir en position verticale.

Toujours garder le capuchon sur le
pulvérisateur.

Durée de conservation après

première utilisation : 2 mois.

Médicament soumis à prescription
médicale.

France
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115,00 DH
ID : 645310
6 118001 142262

J100328

10000000148326