

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## 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 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](http://www.mupras.com)

Recette  
60950

AS  
ance  
ales  
roc  
65042

de Maladie : N° P19- 0003993

### 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 Prosp. Merimée RES. ZARA. VALFLEURI

Tél. : 066.14.25.140 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 : casab Le : 15/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : AS

**ACCUEIL**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie VITA TEL: 05 24 98 51 81 FAX: 05 24 98 44 55 pharma.vita@gmail.com 46500 Sidi Brahim Roudani Via Houari Boumediene - CASA 	15/3/21	699.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d' <b>SOINS DENTAIRES</b>																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

Docteur Batoul BENKIRANE  
 Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
 Adultes et Enfants



الدكتورة الباٽول بنكيران  
 اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية  
 كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires  
 Tuberculose - Sevrage tabagique  
 Ronflements et Apnées du Sommeil  
 Spirométrie - Echographie Thoracique  
 Bronchoscopie - Tests Cutanés

الحقيقة. الحساسية

السل. الإقلاع عن التدخين

الشخير ووقف التنفس أثناء النوم

فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدف

الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

~~VITA~~  
 VITA PHARMA  
 Pharmacie VITA - SIDI LAOU  
 TEL: 05 22 93 43 63  
 FAX: 05 22 88 44 45  
 265 Bd Hassan II  
 1000 Casablanca  
 Maroc - 20000

Casablanca, le

15/03/21

Dr. BENKIRANE Batoul  
 Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
 196 Avenue Mers Sultan  
 Casablanca - Tel: 06 22 26 52 08

Mme Batoul Neime

338.00

1/

Seutin de 250mg (disks)

AS

Inhalation/j le

Matin p't luns

145.00

2/

AS

Avenys (spray)

2 pulvérisations/naïne

88.00

le soin p't luns

3/

AS

curtic (50)

140.15 le soin p't luns

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

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1<sup>er</sup> 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  
198 Avenue Mena Sultan  
Casablanca - Tel.: 05 22 26 52 08

SYSTÈME NON RECHARGEABLE  
Pousser pour déclencher un recul de 1000 pas

SYSTÈME NON RECHARGEABLE



**SERETIDE**  
propriété de **GlaxoSmithKline**

Salbutamol

**500** microgrammes par dose

620000034188

**SERETIDE**  
propriété de **GlaxoSmithKline**

**500**  
microgrammes  
par dose

150 microgrammes  
par dose

**500**  
microgrammes  
par dose

150 microgrammes  
par dose

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

6 118001 141111  
ID: 645977

Voie inhalée

**BESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

**SERETIDE**  
Diskus  
Fabriqué par :  
Glaxo Wellcome Production  
27000 Ivry-sur-Seine  
France

UTILISATION,  
LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT

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

L  
Litho typo  
1

**Curtec® 10 mg**  
Cétirizine

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

**Curtec®**  
Cétirizine  
**10 mg**

**voie orale**



30 comprimés sécables



18X45X97

PPV: 88DH00

PER: 09/23

LOT: J2426



**Curtec® 10 mg**  
Cétirizine

**Curtec® 10 mg**  
Cétirizine

**voie orale**



30 comprimés sécables



b  
bottu S. B.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

**Curtec®**  
Cétirizine  
**10 mg**

PPV: 88DH00

PER: 09/23

LOT: J2 426



b  
bottu S. B.  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation  
Euroate de fluticasone



# Avamys

27,5 microgrammes/  
pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation  
nasale  
Euroate 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.

Medicament soumis à prescription  
médicale.

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

France  
laboratoire GlaxoSmithKline

Medicament autorisé n°3400938322446

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

ID : 643410

J100011

10000000148326