

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

net sur les dates / soigner

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.

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.

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

- Reclamation : 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

N° P19-0039042

42525

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8314

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BETTAH ARDEL JABAR

Date de naissance : 01-01-1968

Adresse : N° 323 LOT WAJOUASE DAR BOU ARZA CASABLANCA

Tél. : 06 61 31 1630

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BEN MALLEM Mustapha
Pneumophysiologue
100e d'Alger - Angle Av. 2 Mars
Casa Mers Sultan
Tél. : 022 82 23 42

Date de consultation : 27-07-2020

Nom et prénom du malade : BETTAH Othmane

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : 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 : 05 / 10 / 2020

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 Prélèvement des Actes
22/07/2020	G		309 n	Docteur BEAUMALÉ Mustapha Pneumologue - 11 Rue d'Alger - Casablanca Tél: 022 82 23 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Darbistes Dr. ALAMI ZINEB Mosquée Naouas Lot Naouas Casablanca Tél: 022 82 23 42	22/07/2020	546,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

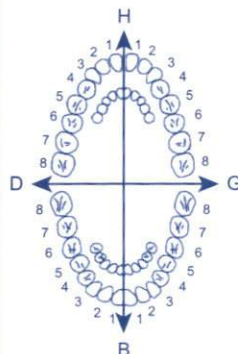
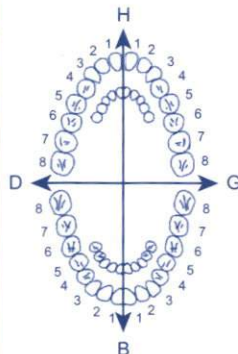
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

الدكتور بن لمعلم مصطفى

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S de l'Université de Paris

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

SEVRAGE TABAGIQUE

إختصاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 29/07/2020 : الدار البيضاء, في :

Le jeune BETTAH Othmane

① SAPHIR Sachet 1g (bule 12)

LOT N°: 4200
UT. AV: 01/22
PPV: 12.00 DH

→ sachet x 2 / 2 aral

② Effired 200mg x 30 al 24h

GlaxoSmithKline
Ain El Moudia
Region de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

③ Xantolane Spray

291,00 250/pe x 4 / 2 x 5

④ SAFLU 125mg x 1/2

⑤ Nebamaz (bule 12)

576307

05 22 82 23 42 : الهاتف - الدار البيضاء - أثنينا - 2 مارس زاوية زنقة أثينا - شارع 2 مارس - 97 - إقامة المشهور - موقعا - 23 42
Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Athènes - Casablanca - Tél.: 05 22 82 23 42

Avant la délivrance aux patients:

conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C

Après délivrance aux patients:

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Pour les Pharmaciens:

Inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette sur l'inhalateur.

S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'étui.

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

■ Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

Ne pas laisser à la portée
et à la vue des enfants
لا يترك في متناول ومراى الأطفال
lire attentivement la notice avant utilisation
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الإستعمال
conserver à l'abri de l'humidité et à une
température ne dépassant pas 25°C
يجب حفظ هذا الدواء بعيدا عن الرطوبة وتحت
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
AMM N° 301/17 DMP/21/NNPR



41, Rue Med Diouri,
20 110 Casablanca
amina Daoudi : Pharmacien responsable
أمينة الداودي : الصيدلي المسؤول

Saphir® 1g/125 mg
12 Sachets



6 118000 082552

سفير
أموكسيسيلين
/ حامض كلافلانيك



مسحوق لأجل محلول للشرب

12 x

للكبار



88,00

PPV: 88DH00
PER: 11-22
LOT: I 2510