

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

- 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° W19-585547

MD: 59656

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665 238196

Total des frais engagés :

2052 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed LAAMM

Professeur Ass. pneumologie/Allergologie

Diplômé du Val de Grâce

et Faculté de Médecine Paris

- 9 NOV. 2020 Rue Al Ahmadi, Av. Hissan II - Rabat

8 DEC. 2020

B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-585547

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
- 9 NOV 2020	CS		200	 Dr. Mohamed LAAMIM Professeur ASS. Pneumologie Allergologie Diplômé du VAL de France et Faculté de Médecine Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES - GSM: 06 68 45 92 52

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Tél./Fax: 05 27 80 64 49	09/11/2020	752,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				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																		

Docteur Mohamed LAAMIM

Professeur Assistant de

Pneumophysiologie

Spécialiste des Hôpitaux des Armées
(VAL DE GRACE)

Diplômé de la Faculté de Médecine de PARIS V
Ex, Chef de Service à l'Hôpital Militaire MIM

- SUR RENDEZ-VOUS -



الدكتور محمد لعيم

أستاذ مساعد في أمراض التنفس

والحساسية والضيق

اختصاصي المستشفيات العسكرية بفرنسا

خريج كلية الطب بباريس

رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس

بالمستشفى العسكري

- بالموعد -

- 9 NOV. 2020

RABAT, le

الدكتور محمد لعيم

75,00

٤١ دل ٨٠ ٢٠

١ جل آف فون * ١٤٣

٢١ دل ٩٠ ٤٠ ١٩٦,٥٠ ١٤٧ * ٥٥ جل دل ٢٥٣

٣١ فوستر ٢٩١,٠٠ ٢ بوفس * ٢١٧



٤١ دل ٣٧٥ ٩٩,٠٠ ١ جل ١٧ * ١٠٣

٥١ دل ٢٧٦ ٩٠,٥٠ دل ٢٧٦ * ١٠٣
Dr Mohamed LAAMIM
Professeur ASS Pneumologie Allergologie
Diplômé du Val de Grace
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52

الاختبار الجلدي للحساسية - الفحص بالمنظار - كشف الوظيفة التنفسية

Radiographie Thoracique - Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) - Brancho-Fibro - Tests cutanés allergiques

2, Angle Avenue Hassan II Rue Al Abdari 1^{er} Etage RABAT (à côté de la pharmacie des Orangers et BMCI)

Tel. : 05 37 26 08 29 - Urgence : 06 68 45 92 52

Deva

Zivlox 400 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



ذيفلوكس

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

LOT : M0339
PER : 02/2022
PPU : 196,50DH

مضاد حيوي
عن طريق الفم
5 أقراص ملمسة

مختبرات ديفا للصياغة
ج.وأجدي صيدلي مسؤول
146-147 نهج الطيبة الصناعية بطنجة - المغرب

5

أقراص ملمسة

موكسيفلوكساسين 400 ملغ
مضاد حيوي
عن طريق الفم

ذيفلوكس

Avant la délivrance aux patients, conserver les réfrigérateurs entre

Conseil vers au réfrigérateur entre 2 °C et 5 °C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Pour les pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance

l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette sur l'inhalateur.

S'assurer qu'il ya une période d'au moins 1

Excipient à effet nocturne: éthanol anhydre

EXCERPT © 2011 NORMA, ETIQUETAS Y DISEÑO

Cour
arisé
S.A.

ARM
m

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

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

PPV : 291DH00

Delivery

l'inhalateur ne doit pas être utilisé après 5 mois de la date de délivrance écrite par le pharmacien sur l'étiquette adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
SOUmis A PRESCRIPTION MEDICALE

1516

81Dq3.01/01

07/2021
1110587
11/2019

Lot: Fab. : Exp. :

 Chiesi

100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé

100/6 microgrammes/dose
 solution pour inhalation en flacon pressurisé/
 dipropionate de bêclométhasone /
 fumurate de formotérol dihydro-
 CHIÈSI PHARMACEUTICI SpA,
 Via Palermo, 26/A - Parma - Italia
 سبر - سبر - سبر
PROMOPHARM s.a.

SL de CHIESI Farmaceutico S.p.A.
Via Palermo, 26/A - Parma, Italia

۱۰۰

الهند، فهمارات المدورة موتيرول المعهديه.

120 Doses

6118001260447

Relaxium® B6

375 mg

1 gélule par jour

100 % magnésium
vitamine B6

VOIE ORALE
30 GÉLULES

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 200021
DUO : 01/2023
09:00H

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

146-147 Zi. Tit Mellil - Casablanca

375 mg
30 GÉLULES

Relaxium® B6

14 gélules

20 mg

300
ésoméprazole

Inès

20
ملحق

نیاں از چوہنی پر ازول

١٤- **كتاب ملوك** الحادية العادة بصارة العظام عن طريق النظم

6 118000 410430
Deva Pharmaceutique
A7 Soeas

Ineso 20 mg

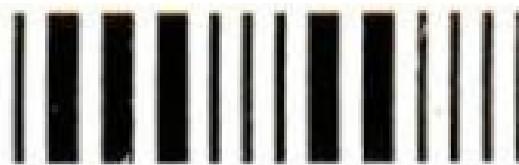
14 Géules

14 Geulies Deva Pharmaceuticals

صني من طرف :
مختبرات دينا للتجهيزات
2. وأرجدي قيدلي مسؤول

Deva

زن و اجتماعی مسئول



28 comprimés pelliculés

Diclofrydrate de Levocetirizine

Xyzall 5 mg

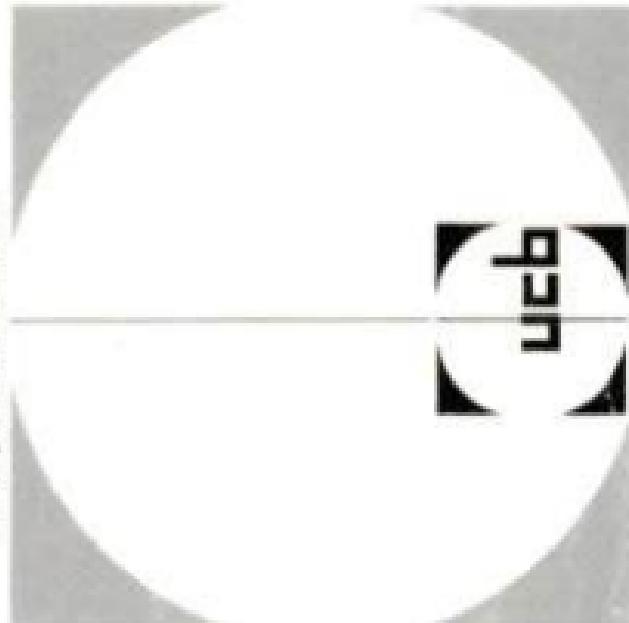
36

LOT 201087 1

EXP 04 2024

PPV 90 50

Xyzall 5 mg
Diclofrydrate de Levocetirizine



Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



6 118000 021599