

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-556143

N°: 53212

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-556143

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 :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
15/06/2010		9	101184737	

Dr. YASSER GHARBAOUI
 Spécialiste des Maladies Respiratoires
 Professeur Assistant
 Rue des Martyrs, Apt. 316 - Rabat
 Tél.: 05 37 70 70 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12, Av. Prince Moulay El Hassan - Rabat - Tél.: 05 37 70 70 75	15/06/2010	31120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				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>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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Yasser GHARBAOUI

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Professeur de l'enseignement Supérieur Assistant
Ex Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
Ex Interne de l'Hôpital Hôtel Dieu - Paris
Asthme, Tuberculose, Allergologie, Cancer du Poumon
Endoscopie Bronchique, Tests Allergologiques
Explorations Fonctionnelles



الدكتور ياسر الغرباوي

أخصائي في أمراض الصدر والربو
أستاذ التعليم العالي مساعد
طبيب رائد سابق بالمستشفيات العسكرية
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس مستشفى أوغيل ديو باريس
الربو السمل أمراض الحساسية سرطان الرئة
الفحص بالمنظار قياس الوظائف التنفسية إختبارات الحساسية

Rabat le : 15/11/2020

Ordonnance

M. JAD BEKKARI

2400
1) Seretide 250 Diskus
1 B le soir 2 fois / semaine
x 03 mois
6320

2) Zyrtec sp

31120 sp le soir 2x / sem x 03 mois



Dr. YASSER GHARBAOUI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Professeur Assistant
Rue Beyrouth, Imm. SAADA, Entrée "3"
6ème Etage, Appt 316 - Rabat
Tél. : 05 37 70 75

عمارة السعادة زاوية الحسن الثاني وزنقة بيروت منخل 3 الطابق السادس شقة 316 - الرباط المدينة
Imm. Saada, Angle Av. Hassan II et Rue Beyrouth Entrée 3, 6^{ème} étage Appt 316 - Centre Ville Rabat
E-mail : yassergharbaoui@gmail.com : البريد الإلكتروني Tél. / Fax : 0537 70 70 75 : هاتف / فاكس

250 /50
microgrammes
par dose

SERETIDE
Diskus

Composition :

Chaque inhalation délivre une dose (au niveau de l'embout buccal) de 231 microgrammes de propionate de fluticasone et de 47 microgrammes de salmétérol (sous forme de xinafoate de salmétérol) ; ce qui correspond à une dose contenant dans chaque récipient unidose de 250 microgrammes de propionate de fluticasone et de 50 microgrammes de salmétérol (sous forme de xinafoate de salmétérol).
Excipient : lactose monohydraté (contenant des protéines de lait).

250 /50 microgrammes
microgrammes par dose



Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTEME NON RECHARGEABLE

SERETIDE
propionate de fluticasone /
salmétérol / Diskus

SERETIDE
propionate de fluticasone /
salmétérol / Diskus

250 microgrammes
/50 microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
ID : 645343
6



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Composition :

Cétirizine dichlorhydrate 10 mg

Excipients.....q.s.p un comprimé

Excipient à effet **notoire** : lactose.

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Zyrtec® 10mg

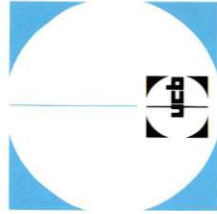
Cétirizine dichlorhydrate

15 comprimés pelliculés sécables

زيرتيك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيديرات

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



Zyrtec® 10mg

Cétirizine dichlorhydrate



15 comprimés pelliculés sécables

سوطيما
SotHEMA

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukhouza - MAROC
sous licence UCB PHARMA SA
صنع من طرف مختبرات سوطيما
ب.ب رقم 1, 27182 بوشوكزة - المغرب
UCB PHARMA SA برخيص

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
مطعم هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرمى الأطفال

**NE PAS JETER LES COQUES PRESSENTES
بجانب الحبوب الزيرتيك**

Uniquement sur ordonnance - Tableau C (List II)
فقط بموجب وصفة طبية - لائحة من (الجدول II)



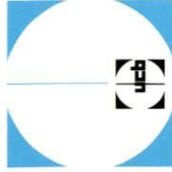
التركيبية :
سيتيريزين ديكلورهيديرات..... 10 ملغ
السواغات..... كمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز.
عن طريق الفم.
القرص النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

63,20

AMM N° 356/14 DMP/21
Zyrtec® 10mg
15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



زيرتيك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيديرات

Zyrtec® 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر