

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-556143

ND: 53212

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 0898	Actif	Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : BEKKARD 730 Anene		Date de naissance : 18.5.1972	
Adresse : 54 Rue Paul SPR RABAT		Tél. : 0661500451 Total des frais engagés : 311,10 Dh	
053763 3835			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 15/11/2020			
Nom et prénom du malade : BENKARIM OUAZAA Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 : 2019/11/15, 2020			
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 :

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
15/05/2020	Consultation	1	101184737	DR. YASSER GHARBAOU Spécialiste des Maladies Respiratoires Signature et cachet manuscrits

DR. YASSER GHARBAOU
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Professeur Assistant
SAADA, Entrée "3"
Téléphone

Dr. ... Spécialiste des Maladies Professionnelles Professeur Assistant M. SAADA, Entrée "3" à l'Hôpital Central de Rabat

ES ORDONNANCES
RUE JACQUES CORDIER 16 - PARIS
GÉRARD EUSTACHE, AGENCE
TÉL: 05 37 70 70 75

ES ORDONNANCES
Rue Jean Elzéar, Apt 31875
Tél: 05 37 70 70 75

Montant de la Fact

Tel.: Montant de la Fact

.....

.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	M 11/03/20	31120

1992

2112

3112

311

0 3 1 4

0 1

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
		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="1"> <tr> <td>H</td><td></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>B</td><td></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																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 والرئتين
أستاذ التعليم العالي مساعد
طبيب رائد سابق بالمستشفيات العسكرية
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس مستشفى أوطيل باريس
الريو السل أمراض المساعدة سرطان الرئة
الفحص بالمنظار قياس الوظائف التنفسية اختبارات المساعدة

Rabat le : 15/11/2020

Ordonnance

M JAD Bérelkari

2400

1) Seretide 200 Diskin
1 B le soir 2 fois / semaine
6320 x 03 mois

2) Zyprexa 4
31125 4 le soi = 2 x 1 sem x 03 mois



Dr. YASSER GHARBAOUI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Professeur Assistant
Rue Beyrouth, Imm. SAADA, Entrée "3"
6ème Etage App. 316 - Rabat

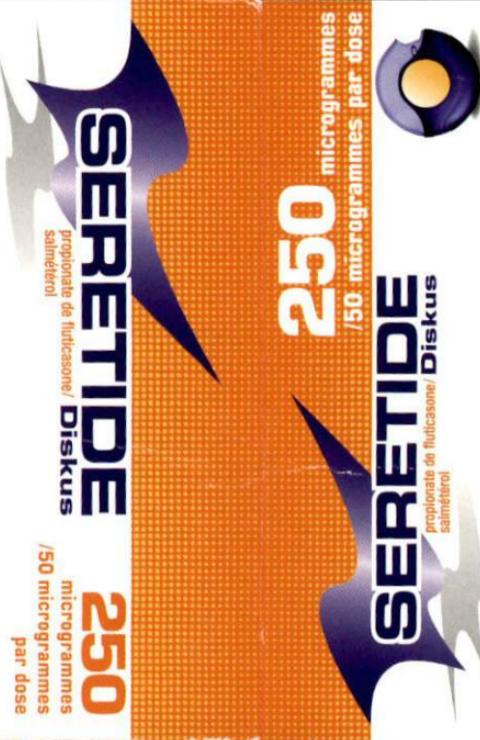
عمارة السعادة زاوية الحسن الثاني وزنقة بيروت مدخل 3 الطابق السادس شقة 316 - الرباط المدينة
Imm. Saada, Angle Av. Hassan II et Rue Beyrouth Entrée 3, 6^{ème} étage Appt 316 - Centre Ville Rabat
هاتف / فاكس : البريد الإلكتروني : E-mail : yassergharbaoui@gmail.com Tél. / Fax : 0537 70 70 75

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

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248.00 DH
ID : 645343
6 118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
Liste I - Uniquement sur ordonnance

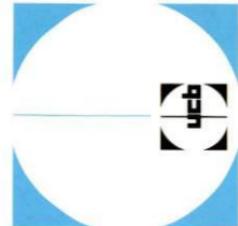


Poudre pour inhalation en récipient unidose
Système NON RECHARGEABLE

Composition :
Cétirizine dichlorhydrate 10 mg
Excipients q.s.p un comprimé
Excipient à effet thérapeutique : l'acide orniacique.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation.

سوطاما
S o t h e m a
Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boulaouira - MAROC
sous licence UCB PHARMA SA
ص.ب. ٢٧١٨٢ - بولالويرا - المغرب
نر. ٢٧١٨٢ - ١ - الترخيص - مولطا
UCB PHARMA SA 27182.1

Zyrtec® 10 mg
Cétirizine dichlorhydrate
15 comprimés pelliculés sécables



Zyrtec® 10 mg
Cétirizine dichlorhydrate

15 comprimés pelliculés sécables

زير تيك 10 ملء
سيتيريزين ديكلاورهيدرات
15 قرصا ملمسة قابلة للكسر

Tenir hors de la portée des les enfants.
هذه التغوية بعيدة عن متناول الاطفال.
RESPECTER LES DOSES PRECONISEES
الالتزام بالجرعات الموصى بها
عند احتفاظها باردة في الثلاجة (15°C).
بروز موصى به لفترة (الوحدة) (1)

التركيبة :
سيتيريزين ديكلاورهيدرات 10 [مازن]
السواغات كافية لفترص واحد.
سونغ ذو تأثير معروف : للاكتوز.
عن طرقة القضم أقرا الشدة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.



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



6 118000 020158

زير تيك® 10 ملء
سيتيريزين ديكلاورهيدرات

63,20

15 قرصا ملمسة قابلة للكسر