

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

- 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 prothèse et de traitement canalaire.

Maladie et Affection Languante Rupto A.R. + A.S.

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Adresses Mails utiles

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel

UPRAS : 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.upras.com



M6 9450 15879

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011487

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>9450</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENCHIEKH wahlid</u>	Date de naissance : <u>26-08-1975</u>		
Adresse : <u>Rendova ISRAEL Kali</u>	<u>nne Sociale</u>		
Tel : <u>061 18 11 27</u>	Total des frais engagés : <u>250 + 441,20</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage CP: 26100 - Berrechid Gsm: 06 91 97 57 21	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	26/12/2010	
Nom et prénom du malade :	BEN CHFIKH	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie :	Rhinite allergique	
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 : CHAMPS-ÉTOILES
Signature de l'adhérent[e] : 18.12.2019

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
26/10/2010	CS	0 +	250 dinars	Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Madini - 1er Etage CP: 26100 - Berrechid Gsm: 06 91 97 57 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Acharaf Maarrif Tel: 0522 25 22 09	26.12.10	441.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Berrechid, le : 26 / 12 / 2019
برشيد، في

BEN CHEIKH AYOUS

58,40

(A.S)

1) Sulphrox domg

2 Comprimés par jour x 6 jours, après
le petit déjeuner

(A.S)

45,30

2) ventoline - spray

h = 2 forte

140,00 2 touffées x 4 par jour x 6 jours

3) SAFWATU (A.S)

2 touffées x 2 par jour

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Amara
Rue Soukaina Maârif
Casablanca Tél : 0522 25 22 09

20,50

x 3 mois

(A.S)

4)

CODETIN

Huile

264,20 1 cuillerée à café x 3 par jour
x 6 jours, au moment des repas.

~~U1 ZA7 ox 1g (5)~~
M&W 1 sachet ~~5~~ x 2 par jour

61,00 x 8 jours, au moment des repas

5) clartee ~~10 mg~~ 5

1 Comprimé le soir x 8mois

441,20

~~Madame BARTAL FATIMA
Pharmacien de Maroc
Rue Sidi Abdellah Maârif
Casablanca - Tel: 0522 25 22 09~~

~~Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21~~

Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé.



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45.30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

COMPOSITION :
Sulfate de salbutamol
..... 120,50 µg*
quantité correspondant à
salbutamol 100,00 µg*
pour une dose
Gaz propulseur :
norfluorane (tétrafluoroéthane
ou HFA 134a)
*µg= microgramme

Lire la notice avant
utilisation.

Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

Titulaire d'AMM au Maroc:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

Fabricant :
Glaxo Wellcome Production
22000 Eureux, France

Ventoline

SALBUTAMOL

**100
microgrammes/
dose**

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

EXP

KV9U

04 2021

Clartec®

Loratadine

10 mg

Voie orale

30 comprimés

Clartec 10mg
boîte de 30 comprimés



6 118000 091370

AMM : 1344 DMP

Yasmine LAHLOU FILALI
Laboratoires Pharmaceutiques

Médic

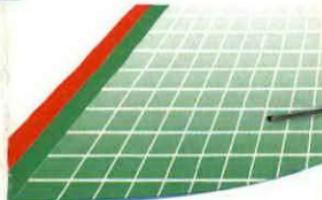
Prednisolone



Voie orale

بردينزون
عن طريق الفم
20 قرصاً فائراً

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

61,00

58,40

Solupred® 20mg

١٠ متح

لارتك

لوراتادين



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ
20250 Casablanca

كوديتوكس®

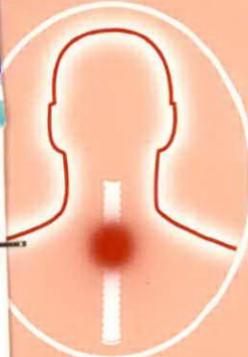
شراب بالكوديين

كوديتوكس

كوديين كامفوسولفونات

سعال جاف

شراب للكبار



قبيضة من 180 مللي
عن طريق الفم

PPV: 116DH00
PER: 07-22
LOT: I 1762

POSOLOGIE :

Selon prescription médicale.

En moyenne :

1 cuillerée à soupe 3 à 4 fois par jour

تقادير :

حسب تعليمات الطبيب.
دعة 1 ملعقة كبيرة من 3 إلى 4 مرات في اليوم.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال -

المقادير وكيفية الاستعمال :

قرأا البيان داخله.

Indications - Contre-indications

Posologie et mode d'emploi :

lire notice intérieure.

CODETUX®

Codéine camphosulfonate
Syrup Adulte - Flacon de 180 ml

P.P.V.: 20,50 DH



6 118000 190301

شالينيكا G



LOT: GB90217

PER: 11/2021

PPV: 140 DH 00