

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.

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 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



M6 9450 15879

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011487

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEIKH Wahib Date de naissance : 26-08-1975
 Adresse : Résidence IRAM Kali Rue Société
 Tél : 06 113 11 27 Total des frais engagés : 250 + 441,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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

Date de consultation : 26/12/2019
 Nom et prénom du malade : BENCHEIKH
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Le : 26/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/12/19	C5	01	250 dirhams	Docteur MARCHOUR 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 Achakar Rue Socrate - Maaïf Casablanca - Tel: 0522 25 22 09	26.12.19	44120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

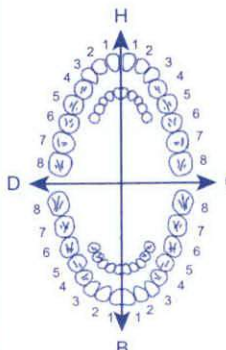
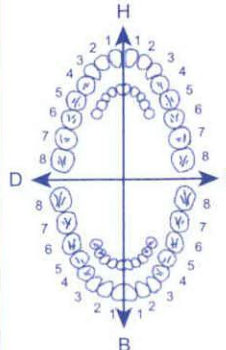
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
																		
					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

Docteur MABCHOUR Rachid

Spécialiste des Maladies

Respiratoires et Allergiques

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور مبشور رشيد

أخصائي في الأمراض

التنفسية والحساسية

خريج كلية الطب بباريس

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

58,40



BEN CHEIKH AYOUB

1) Solupred 40mg

2 Comprimés par jour x 4 jours, après le petit déjeuner

45,30

2) Ventoline - spray



n° 2 boîte

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

3) Salfat 12



2 bouffées x 2 par jour

20,50

x 3 jours

4)

CODETIL Adulte



Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Agnès
Rue Socrate - Maâdi
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

264,20 1 cuillère à café x 3 par jour x 4 jours, au moment des repas

80, شارع عبد الله القادري - الطابق الأول - ر. ب. : 26100 برشيد - الممول : 06 91 97 57 21

80, Bd. Abdellah Kadiri - 1er étage - C.P. : 26100 - Berrechid - GSM : 06 91 97 57 21

441 2470x 495
M.B.W. 1 sachet x 2 par jour

61.10 x 8 jours, au moment des repas

5/ charte 10 mg

1 Comprimé le soir x 3 mois

441,20

~~Madame RABAT FATIMA~~
~~Pharmacie Rachid~~
~~Rue Sidi el Maat~~
~~Casablanca - Tel: 0522 25 22 09~~

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

Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé.

COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol
..... 120,50 µg*
quantité correspondant à
salbutamol 100,00 µg*
pour une dose

Gaz propulseur :
norflurane (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
27000 Eury, France

Ventoline

SALBUTAMOL

100 microgrammes/ dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

Lot
EXP

KV9U
04 2021

Clartec®

Loratadine

Voie orale

30 comprimés

Clartec 10mg
boîte de 30 comprimés



6 118000 091370

AMM : 1344 DMP

Laboratoires Pharmaceutiques
Yasmine LAHLOU FILIAL

Médicament

10 mg

الارتيك

10 مغ

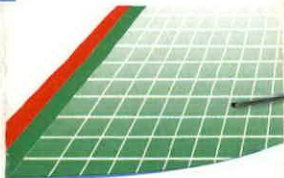
لوراتادين

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

بردينيزولون
عن طريق الفم
20 قرصا فائرا



sanofi aventis

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa
20250 Casablanca

61,00

58,40

Solupred® 20mg

كوديتوكس الكبار

كودين كامفو سولفونات

مسحوق لأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم

سعال جاف

شراب للكبار



قنينة من 180 ملل
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -
حامض كلا فيلانك : 1/8

16 كيسا

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

كوديتوكس[®] شراب بالكوديين

POSOLOGIE :

Selon prescription médicale.

En moyenne :

1 cuillerée à soupe 3 à 4 fois par jour

قائير :

سب تعليمات الطبيب .

دّة 1 ملعقة كبيرة من 3 إلى 4 مرات في اليوم .

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال -

المقايير و كيفية الإستعمال :

قرأ البيان داخله .

Indications - Contre-indications

Posologie et mode d'emploi :

lire notice intérieure.

CODETUX[®]

Codéine camphosulfonate
Sirop Adulte - Flacon de 180 ml

P.P.V. : 20,50 DH



6 118000 190301

شالينيكا

LOT: GB90217
PER: 11/2021
PPV: 140 DH 00

SAFLU®

Propionate de fluticasone
/salmétérol

125 /25
Voie inhalée



Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

SAFLU 125 microgramme
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



RÉCIPIENT SOUS PRESSION :
Ne pas exposer à une chaleur excessive.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.



لا يفتح ولا يمس في النار
ولا يلقى في النار

Tableau A (liste II)

برونشوبات فلوتيكازون/
سالمترول

25/125
ميكروغرام
للاستنشاق



رغباتي مقياس
الخبرجات