

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

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° P19-0032601

ND = 20161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3171 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELGHOUAT EL HASSAN

Date de naissance : 31/05/1956

Adresse : OPP. OUMYRABII IMM. F N° 1

MASSIRA 3 MARRAKECH

Tél. : 0666053579 Total des frais engagés : 703,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2019

Nom et prénom du malade : BELGHOUAT MERIEM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite allergique

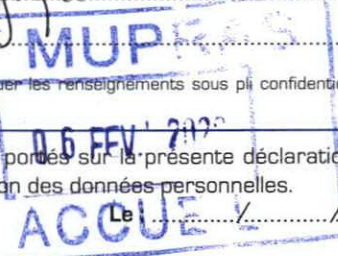
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /


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
13/11/19	C5		200,00	Dr Mohamed RAHMED Prat. mologue Bd. Med Zerkouni, dessus de City Club Gueliz - Marrakech Tel: 05 24 42 26 72 Fax: 05 24 43 06 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/11/19	503,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

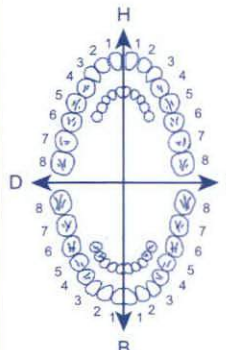
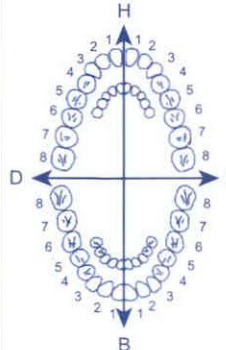
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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. Mohamed RACHID

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthme - Allergies - Tuberculose
Diplômé De la faculté de Médecine
de Clermont - Ferrand - (France)
- Ex- Médecin du centre de Pneumologie
Infantile de Puy - Giroux (Auvergne - France)
Ancien Spécialiste de l'hôpital Militaire
Radiographie - Spirometrie
Tests d'allergie

الدكتور محمد رشيد

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - الحساسية - السل
خريج كلية الطب (كليرمون فيراند) فرنسا
طبيب سابقا بمركز الأمراض الرئوية
للأطفال (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفى العسكري
ابن سينا - مراكش

Marrakech, le : 12 Nov 2019 : مراكش, في :

BELGEM + 1000

55.00 x 2 = 110.00

16.40 x 2 = 32.80

297.00 - Symbicort 200

63.20 - 24/10/100

503.00

Dr. Mohamed RACHID
Pneumologue
62, Bd. Med Zerketouni
Gueliz - Marrakech



Vacances d'août 20
S + EFR = 6000mg

ICE : 001636031000090

Symbicort®

budésonide/formotérol

Turbuhaler®

200/6 µg par dose

Poudre pour inhalation
120 doses

200/6

69 026 56.67

احترسوا المقادير الموصولة

يجب الحفظ في مكان لا تتجاوز فيه الحرارة
30 درجة مئوية فوق الصفر
بعد الاستعمال، ركب الغطاء على العبوة
وايضا حتى ينسد بشكل محكم

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

A conserver à une température ne
dépassant pas + 30°C.
Conserver l'inhalateur avec le
capuchon bien vissé.

[SYMB200-6ANIII A0204.1]

سمبيكورت

بوديسونيد/فورموتيرول

توربو هالر

6/200 ميكروغرام الجرعة

مسحوق يستنشق عن طريق الفم

120 جرعة

عقار

AstraZeneca

MAR-18
FEV-20
SHMA

ENFANTS

MEDIBRONC

C A R B O C I S T É I N E

SIROP EN FLACON



Flacon de 150 ml

Voie orale

16,40



ENFANTS

MEDIBRONC

C A R B O C I S T É I N E
SIROP EN FLACON



Flacon de 150 ml

Voie orale

16,40





12 comprimés
dispersibles
1g

amoxicilline

Amoxil

Amoxil 1g
amoxicilline

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين 1 غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الإستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

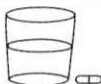
Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 55,00 DH

LOT: 620179

PER: 02/21



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038



12 comprimés
dispersibles
1g

amoxicilline

Amoxil

Amoxil
amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

أموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Ce médicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 55,00 DH

LOT: 614183

PER: 11/20

AMOXIL 1g



12 comprimés dispersibles



6 118000 160038



63,10

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158