

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-566577

NID 56904A

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSALHI, ABDE KADIR

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : A ESSALHI 9 ROYAL AIR MAROC - Casablanca

Tél : 0665 238546 Total des frais engagés : 936,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Ass. Pneumologie Allergologie
D. Amé du Val de Grâce
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Badari, Av. 1 - 1011 - Rabat
B: 05 37 26 08 29 - G: 06 68 45 92 52

8 DEC. 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 Mars 2020

Nom et prénom du malade : MUHAMMAD VISSAL Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Rabat Le : 22 / 01 / 2020

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

8 DEC. 2020	C2		300 000 101087781	Dr. Mohamed LAAMAR Professeur Ass. Phlébologie Allergologie Diplômé du 2 ^e de Grâce et Faculté de Médecine Paris 2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat 06 68 20 15 20 / 06 68 45 92 52
-------------	----	--	-------------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie MOUASSAT BOUASSA
Tel: 06 68 45 92 52
GSM: 06 44 49 66 15
N°4, Rue Doukkala, Bouassane - Safi
8-12-2020 636,10

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

AM

PC

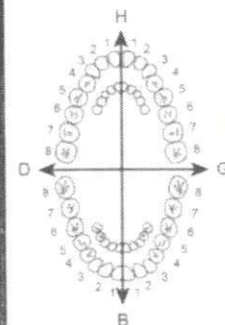
IM

IV

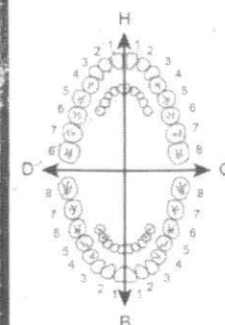
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

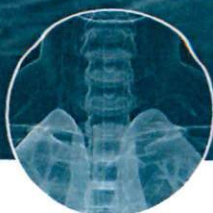
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

sur rendez-vous

Docteur
Mohamed LAAMIM



بالموعد

الدكتور
محمد لاميم

Professeur Assistant de
Pneumologie - Allergologie
Diplômé de la Faculté de
Médecine de PARIS
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
(Val de Grace)

أستاذ مساعد في أمراض التنفس
والحساسية والضييق
اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس
رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

Rabat, le... - 8 DEC. 2020

82.10
41 BAC 20
1 gel à jeun x 14 jrs
21 sapre d 20 2cp/J de noct apr
65.00
29 1.00 Fester 2 diffes x 2/j x 1ms
41 Metamiz 2 pnh de nuit x 4ms
110.00
31 XICOT 5mg x 1
44x2
636.10

Dr Mohamed LAAMIM
Professeur-Ass. Pneumologie-Allergologie
Diplômé du Val de Grace
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52

Pharmacie Moustawef Bettana
N°4, Rue Doukkala, Bettana - Salé
Tel: 05 37 80 64 49
GSM: 06 44 49 66 16

Radiologie Thoracique

Exploration Fonctionnelle Respiratoire(EFR)

Broncho-Fibro

Tests cutanés Allergique

كشف الوظيفة التنفسية

الفحص بالمنظار

الاختبار الجلدي للحساسية

2, Angle Av. Hassan II, Rue Al Abdari 1er Etage - RABAT (à coté de la Pharmacie des Orangers et BMCI)

Tél.: 05 37 26 08 29 - Urgence: 06 68 45 92 52

LOT: GA00608
PER: 06/2022
PPV: 110 DH 00

65,00



ESAC[®]

ésoméprazole

20

mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



LOT 49005
PER 07/21
PPV 82DH10

82119



FOSTER®

100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bécloémétasone /
fumarate de formotérol diluylaté

فستار®

ديبرونيونات البكلومييتاسون
وفومارات الفورموتيرول الممييه.
100/6 ميكرو غرام / مقدار

خطر

120 Doses

Chiesi

Chiesi

Pour une dose mesurée : 100 µg de dipropionate de bécloémétasone et 6 µg de fumarate de formotérol diluylaté. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de dipropionate de bécloémétasone et 5 µg de fumarate de formotérol diluylaté. Excipients : éthanol anhydre, acide chlorhydrique, Norflurane (HFA 134a). Solution pour inhalation en flacon pressurisé.

1 cartouche contient 120 doses. Solution pour inhalation. Lire la notice avant utilisation. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Utilisation pour adultes. Foster nest pas recommandé aux enfants et adolescents en dessous de 18 ans. La cartouche contient un liquide pressurisé. Ne pas exposer à des températures supérieures à 50°C. Ne pas percer la cartouche. Maintenir le flacon pressurisé vertical pendant l'inhalation. Soumis à prescription médicale.

Avant la délivrance aux patients: conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C. Après délivrance aux patients: Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Pour les Pharmaciens: inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette sur l'inhalateur. S'assurer qu'il y a une période d'au moins de 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'étui. Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

5 mg

لقد العباد

شكر

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



15

Comprimés
enrobés

44,00



5 mg

لقد العباد

شكر

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



15

Comprimés
enrobés

44,00

