

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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-566577

ND 5690KA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8495			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSA LHS ABDELAZIZ			
Date de naissance : 14 MAI 1965			
Adresse : ALESSALI 9 RUE AL AALI MAROC-CASABLANCA			
Tél. : 0661 238696	Total des frais engagés : 936,- Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Mohamed LAAMIM			
Professeur Ass. Professeur de Allergologie			
Docteur Amé du Val de Grâce			
et Faculté de Médecine Paris			
2, Rue Al Abdali, Casablanca - Rabat			
B: 05 37 26 08 29-G: 05 06 68 45 92 52 - 8 DEC. 2020			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input 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 : MARRAKESH

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22 / 01 / 2020

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
8 DEC. 2020	C ₃	300 D ₁	301007781	Dr. Mohamed L... Professeur Ass. Pneumologie Allergologie Dictionnaire d'oral de gracie et Auteure de Medecine Paris 2, Rue Al Abdari, 10 Massa, 10 Rabat Tél: 05 24 64 49 GSM: 06 44 49 66 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeot	Date	Montant de la Facture
INP: 10305288 Pharmacie Moulay Hassan Bettana Tél: 05 24 64 49 GSM: 06 44 49 66 18 N°4, Rue Doukkala, Bettana, Salé	18-12-2020	636.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

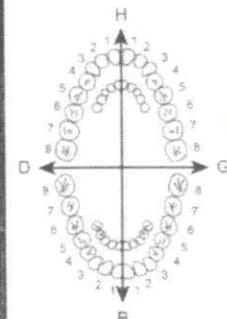
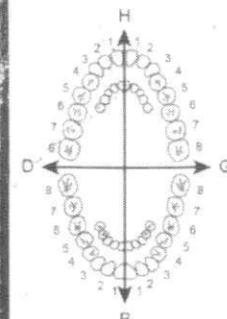
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

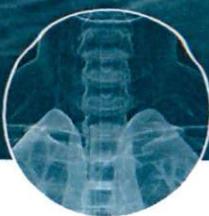
VOLET ADHERENT

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
H	G						
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553						
D	B						
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>							
							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>							
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>							
<p>MONTANTS DES SOINS</p>							
<p>DEBUT D'EXECUTION</p>							
<p>FIN D'EXECUTION</p>							
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>							
<p>MONTANTS DES SOINS</p>							
<p>DATE DU DEVIS</p>							
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>							

sur rendez-vous

Docteur Mohamed LAAMIM



بالموعد

الدكتور محمد لعميم

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 والضيق

اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس
رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

Rabat, le - 8 DEC. 2020

82,10

نحو مائة وعشرين

١١ ESAC ٢٠

١ gel à jeun x 14 jours
٩١ زافريل ٢٠ ٢cp/j le mat ٥٥
٦٥,٥٥ rps x ٥٥ jours

٢٩٧,٥٠ Foster ٢ بوفل x ٢١ j x ٤ مرات

١١٠,٥٠ Metamiz ٢ بوكل x ١١ مرات

٥١١٣,٥٠ XICET ٥ مجم

٤٤x٢

٦٣٦,١٥

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 00 00 00

Pharmacie Moustawaf Bettana
N°4, Rue Doukkala, Bettana - Salé
Tél: 05 37 80 64 49
GSM: 06 44 49 86 16

Radiologie Thoracique

Exploration Fonctionnelle Respiratoire(EFR)

Broncho-Fibro

Tests cutanés Allergique

كشف الوظيفة التنفسية

الفحص بالمنظار

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

الاختبار الخلوي للحساسية

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

65.00



ESAÇ®

20
mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



LOT 19005
PER 07/21
PPV 220H10

82119



FOSTER®

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

dipropionate de bêclométabone /
fumarate de formotérol dihydrate

Pour une dose mesurée : 100 µg de
dipropionate de bêclométabone et
6 µg de fumarate de formotérol
dihydraté. Pour une dose délivrée :

84,6 µg de dipropionate de
bêclométabone et 5 µg de
fumarate de formotérol dihydrate.

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 la portée et de la vue
des enfants. Utilisation pour
adultes. Foster n'est 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.

120 Doses

فستـلـار

دـيـپـرـوـبـوـتـوـنـاتـ الـبـكـلـومـيـتـاسـونـ
وـقـوـمـارـاتـ الـتـورـمـوـتـيرـولـ الـعـمـيـهـ.

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance à température ambiante:
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'éteui, 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'éteui.
Excipient à effet notable: éthanol anhydre

LISTE I

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

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

PPV : 291DH00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOUmis A PRESCRIPTION MEDICALE

Chiesi

Chiesi

5 mg

لجدال العلاج
الجرعات

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

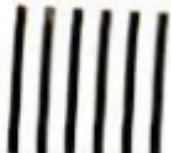
Voie orale



15

Comprimés
enrobés

44,00



5 mg

لجدال العلاج
الجرعات

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



15

Comprimés
enrobés

44,00

