

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto: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.

## Déclaration de Maladie



N° W21-708274

218943

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0196#R232

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

FARZOUR

Autre :

El Boulaqjami

Date de naissance :

01-01-1932

Adresse :

11 chabat Rue 5 Aley Hassain Casab

Tél. :

05-22-9160790

Total des frais engagés : 737,00 Dhs

06-4040-63-93

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelaziz BAKHATAK  
Pneumo-Phisiologue Allergologue  
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Anoual Capital Center 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél: (212) 522 89 88 24

Date de consultation :

26/04/2022

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Casa

Le : 01/06/2022

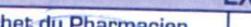
Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/04/22	C3	0	300,00	INP : Pr. Abdelaziz BAKHATI Pneumo-Phthisologue Allergo-Endo 16 Bd. Abdelmounim Angle Bd. Anouar Capital Center 1er Etage N°5 Tunis 1243 522 99 66 24

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.04.22	437,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est obligé 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

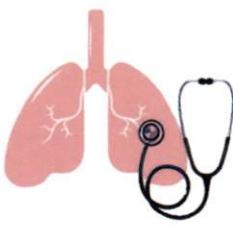
www.ijerpi.org | 2020, Vol. 10, No. 1 | ISSN: 2231-1214 | DOI: 10.5120/ijerpi2020v10i1p1-10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de  
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في .....

26.04.2022

*297,00*  
Mme ELAZRAGUE RKIA



1 - SYMBICORT TURBUHALER 200/6µg pdre p inhal : Fl/120Doses+embout buc

*100,00*  
Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 2 mois. et au besoin (maximum 4 bouffées par jour espacés de 06 heures), se brosser les dents après usage

2 - OEDES 20 MG

*437,00*  
1 par jour, avant le repas, pendant 2 mois. boite de 56 gélules



*Pr. Abdelaziz BAKHATAR*  
Pneumo-Phthisiologue Allergologue  
16, Bd Abdelmoumen Angle Bd. Anoual  
Anoual Capital Center 1er Etage N°5  
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24



LOT: 211147  
PER: 04-2024  
PPV: 140,00DH



# SYMBICORT® TURBUHALER® 200 /6 microgrammes par dose

budésonide/formotérol  
Poudre pour inhalation

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien

### Dans cette notice:

1. Qu'est-ce que SYMBICORT® TURBUHALER® 200/6 microgrammes par dose, poudre pour inhalation et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre SYMBICORT® TURBUHALER® 200/6 microgrammes par dose, poudre pour inhalation ?
3. Comment prendre SYMBICORT® TURBUHALER® 200/6 microgrammes par dose, poudre pour inhalation ?

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnou al aquam roches  
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pdr spinh

Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DM

6 118001 020706



PS15910