

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 canalaire, 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 canalaire.

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 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° W21-762898

139636

Par
Edu

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricole : 8495		ESSALAH	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABAE LABZ
Nom & Prénom :		14 MARS 1965	
Date de naissance :		1085 Toulle	
Adresse :		Tél. : 0665238516	
Total des frais engagés : Dh 933,5 Dhs			
Dr. Mohamed LARIMIM <i>Professeur Ass. Pneumologue-Allergologue</i> <i>Diplômé du Val de Grâce</i> <i>et Faculté de Médecine Paris</i> <i>2, Rue Al Abdar - Hassan II - Rabat</i> <i>B: 03 87 26 08 29 - GSM: 06 68 45 92 52</i>			
Cachet du médecin :		20 SEP. 2022	
Date de consultation :		Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Soi-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <i>Nous HABIB OUTSABA H. HAKIM</i>	
Nature de la maladie :		Age :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/11/2022

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-762898	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

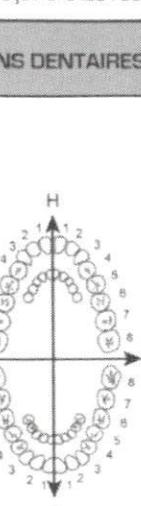
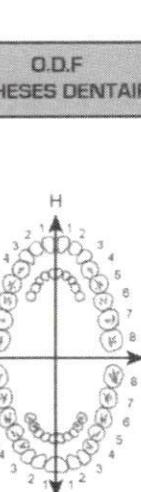
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20 SEP. 2022	CB		309,85	311057781 Dr. Mohamed LAAMIM Professeur AS. Pneumologie et Allergologie Centre du Val de Grace 75651 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP 44 20616709 29.09.22 Rue Doukkala, Bettana - Sfax	29.09.22	633,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in both arches)	Nature des Soins (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in both arches)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in both arches)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	Determination du coefficient masticatoire <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>	
						H	25533412	21433552											
						D	00000000	00000000											
						B	00000000	00000000											
						G	35533411	11433553											
Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>																			
Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>																			
Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

oméprazole
AULCER® 20 mg
14 Gélules

أولسر
أوميپرازول
20 ملخ

كبسولات مقاومة للأحماض المعدة

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT : 21056
PER : 04/2023
PPV : 52,80 DH

110066-03



عن طريق الفم
14 كبسولة



IBERMA

Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc

Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
CENTRUM, S.A. Espagne
Groupe A.S.A.C
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



30 comprimés
Voie orale

LOT: 14522005
PER: 05/2027
PPU: 99,70 DH

LABIX**TEN®**
20 MG **Bilastine**



IBERMA

 FAES FARMA

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'œuf, et coller l'étiquette

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'œuf.

Excepit à effet notoire: éthanol anhydre

entre la date de délivrance et la date d'expiration

inscrite sur l'œuf.

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bêclométhasone /

fumurate de formotérol dihydrate

CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

Via Palestro, 26/A - Parma - Italy

VIALE CHIESI Farmaceutici S.p.A.

Via Palestro, 26/A - Parma, Italy

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bêclométhasone /

fumurate de formotérol dihydrate

فستار

Date de
délivrance :

..... /

Pour les Patients:

l'inhalateur ne doit pas être
utilisé après 5 mois de la date
de délivrance écrite par le
pharmacien sur l'étiquette
adhésive.

120 Doses

فستار
دبيسي وشيبات الماركتينج المحدودة - مصر
100/6 ميكروغرام / مقدار

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

LISTE I

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

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

PPV : 291DH00



84093-01/01

01/2023
05/2021
11/2022

Exp. :
Edd :
Lot :

Chiesi

