

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïtal Ben Abdeliah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdeliah - 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° W21-775487

1411248

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1818 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUEL TILOUWA AHMED

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : 30/06/1952 1572 ABRIJOUR

Tél. : 0662 3532 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABOUEL TILOUWA AHMED Age : 68

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-775487

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).

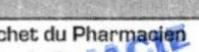
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/12/12	22	S Rabat	(Signature)	INP (Signature) ARRAD ANAS Boulevard Mhamid, Marrakech 36 07 41

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/22	844,60

[illegible][illegible]

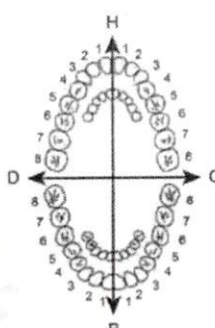
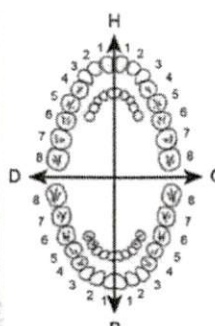
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste des maladies
respiratoires, allergies et tuberculose
Spécialiste en sevrage tabagique



أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي،
الحساسية و السبل
أخصائي في الإقلاع عن التدخين

Ordonnance

Marrakech. Lundi, le 12/12/2022

MR ABOU EL MOUROUA AHMED

SP SV



PHARMACIE
AL HILAL
Dr. Mohamed TAZI

J1-J4 opération Iziki II - Azli sud
Marrakech - Tél. : 044 34 93 98

111,00
1). ERAXIN 500 MG, Comprimé - Boîte de 755,00
1 Comprimé 1 fois par jour, le matin. Après le repas. Pendant 7 Jour(s).

2). DILATOR ECOSPRAY 100 µg / DOSE, Suspension pour inhalation - Flacon de 300 doses

305,00
2 Bouffée en cas de gêne

3). TIPS HALER CHAMBRE INHALATION MASQUE ADULTE -

161,80 X 2
50,00
4). TIOVA + REVOLIZER -

1 Gelule 1 fois par jour, le matin. Pendant 1 Mois.

844,60

دكتور عراض أنس
Dr. ARRAD Anas
أخصائي في أمراض الصدر والحساسية، والإقلاع عن التدخين
Pneumologue - Allergologue - Tabacologue
Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139
2^{ème} étage Ain Souna, Iamhamid, Marrakech.
05 24 36 07 41

Handwritten signature and initials.

☎ 05 24 36 07 41 ☎ 06 77 83 47 60 ✉ E-mail : anas.arrad@gmail.com

Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139 2^{ème} étage Ain Souna, Iamhamid, Marrakech.

إقامة البساتين 139 بلوك "أ" رقم 139 الطابق الثاني عين السنة المحاميد , مراكش.

LOT: KJ20074
PER: 03/2025
PPV: 55 DH 00

DILATOR®
Ecospray
Salbutamol

Voie inhalée
100 µg

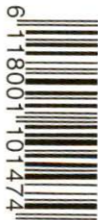


Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé
300 x

1/2	DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cipla Maroc
viabilité

DILATOR Ecospray
100 microgrammes
300 Doses



21088600

RÉCIPIENT SOUS PRESSION :

Ne pas exposer à une chaleur supérieure à 30°C, ni au soleil. Ne pas percer, ni jeter au feu même vide. Ne pas congeler.

: وعاء تحت الضغط

لا يوضع لدرجة حرارة تتعدى 30 درجة
ولا للتجميد ولا يجب التخلص
ولا يوضع في النار ولا يلقى في
النار ولا يرمى في البحر



Tableau A (liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

الالتزام بالجرعة الموصوفة
لا يتعدى [لا يرمى في البحر ولا يلقى في
النار ولا يوضع في النار]

Uniquement sur ordonnance

اراكسان[®] 500 مغ

ليفوفلو كساسيون

Eraxin[®] 500 mg
lévofloxacine
7 Comprimés pelliculés



6 118000 181040

أقر أصلي
مطبوعة

7

عن طريق النسخ

PPV :

LOT :

PER :

111,00

مكونات الكبسولة

المادة الفعالة

تيوتروبيوم 18 مكغ

السواغات: كرك

لائحة السواغات معروفة التأثير: لاكتوز

لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المنون على العلبة

يجب التقيد بوصفة الطبيب

لا يترك في متناول ومراى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية، بعيدا عن الحرارة والرطوبة

يحفظ الوعاء مغلقا بإحكام

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال

جدول أ: لائحة 1

احترم الجرعات الموصوفة

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

سيلا

ماربور، بدي

مولان - 173205 الهند

سيلا المغرب

ص ب 11850-4491

أم عزة، عين عودة

Pilulier de 15 gélules

Tiova Rotacaps 18 microgrammes

tiova

rotacaps

Poudre pour inhalation en gélule

Tiotropium

Attention : capsules destinées
à l'inhalation seulement.

Ne pas avaler



Cipla Maroc



GTIN 18901117253435

LOT BA22144

EXP 01/2024

S/N 89376618842859

PPV: 161 DH 80

6 118001 470068



مكونات الكبسولة

المادة الفعالة

تيوتروبيوم 18 مكغ

السواغات: كرك

لائحة السواغات معروفة التأثير: لاكتوز

لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المنون على العلبة

يجب التقيد بوصفة الطبيب

لا يترك في متناول ومراى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية، بعيدا عن الحرارة والرطوبة

يحفظ الوعاء مغلقا بإحكام

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال

جدول أ: لائحة 1

احترم الجرعات الموصوفة

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

سيلا

ماربور، بدي

مولان - 173205 الهند

سيلا المغرب

ص ب 11850-4491

أم عزة، عين عودة

Pilulier de 15 gélules

Tiova Rotacaps 18 microgrammes

tiova

rotacaps

Poudre pour inhalation en gélule

Tiotropium

Attention : capsules destinées à l'inhalation seulement.

Ne pas avaler



Cipla Maroc



GTIN 18901117253435

LOT BA22144

EXP 01/2024

S/N 89376618842859

PPV: 161 DH 80

6 118001 470068





Ordonnance

Marrakech, le 12/12/2022

Nom et prénom : ABOU EL MOUROUA AHMED

Radiographie thoracique Face

Technique :

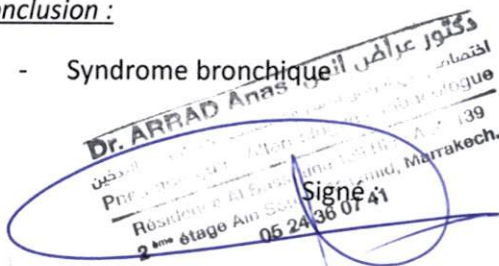
- Position debout, en inspiration profonde, incidence postéro-antérieure.

Interprétation :

- Syndrome bronchique
- Culs de sac sont libres
- Absence d'anomalie de la silhouette cardiaque.
- Absence d'anomalie du cadre osseux.

Conclusion :

- Syndrome bronchique





INPE :

FACTURE N° : 07413		Patient
Date	Detail	MR ABOU EL MOUROUA AHMED MARRAKECH
Lundi, le 12/12/2022	RDV pris : 12/12/2022	

Numéro	Désignation	QTE	PU.TTC	Montant
1	- . CONSULTATION	1	200,00	200,00
2	- . RADIOGRAPHIE THORAX	1	200,00	200,00
Historique des encaissements : 400,00 Espèce 12/12/2022 Reste a Payer : 0,00		Remise 0,00 Dh		
		Total TTC 400,00 Dh		
Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre Cents Dirhams				

Mecab Base 1.7.5

Dr. ABBAH ABBAH - mail : abba@1935
05 24 38 07 41
MARRAKECH