

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

- Reclamation : 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 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

M22- 54860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 59 ans
 Nom & Prénom : BARRANE Hamid
 Date de naissance : 31/05/1963
 Adresse : 27 Rue BAHAA BEN JAKI OARIF
 Tél. : 0709873904 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Docteur DESBARH Laila
 Médecin Généraliste
 Centre Commercial Al Jadida Imm 3
 Route d'El Jadida - Moudiri - Casa
 Tél. : 05 22 98 22 57
 Date de consultation : 12/1/23
 Nom et prénom du malade : Barrane Hamid Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite asthmatiforme
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/11/23			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/23	661,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

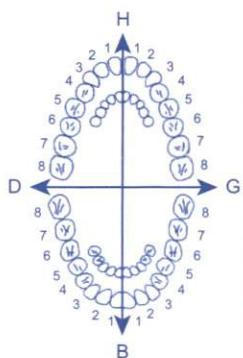
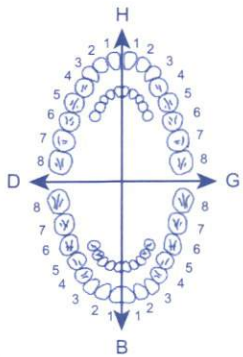
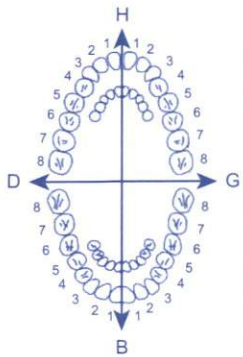
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلى
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 12/1/23

87.00

Barrane Hamid

EFFIPRED® 20 mg

PRU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 6

— Biovanic 500

1 cp à midi x 7j

20.00

— Effipred 20 mg

3 cp eff après petit dej x 5j

25.80

— Cortec

1 cp le soir x 14j

30.00

— Flivibron 800

1 cs matin
midi

45.30 x 3

— Ventoline

2 bouffées à la demande

PHARMACIE EL PARAPHARMACIE
241, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 37 46

Sérénité 250 discs

228,00

1 bouffée matin
soir



Broncoliber gel

75,00

1 gel/j



Docteur DEBBARH Laila
Médecine générale
Centre Commercial Nadia, Imm 3
Route d'El Jadida - Méditerranée - Casa
Tél: 05 22 98 22 57

661,70

500 ملغ

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج- واجدي صيدلي مسؤول
146 للطاقة الصناعية نيط ميليل - الدار البيضاء

بيوفانيلك

ليفوفلو كساسين

LOT: M0812
PER: 07/2024
PPV: 87,00 DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

7

بيوفانيلك

ليفوفلو كساسين
7 أقراص مغلفة قابلة للكسر



500 ملغ

مضاد حيوي

Code : AC2 - 00184

Fluibron[®] 0,3%

Ambroxol

30,00





Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

EXP

PPV

5X7F-A
05 2024
45,30 DH



Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot

EXP

PPV

5X7F-A
05 2024
45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH





Curtec® 10 mg
Cétirizine

Voie orale



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Curtec®
Cétirizine
10 mg

N°05

Après

15 comprimés sécables

b



PPV: 45DH80
PER: 06/25
LOT: L2007



00,58

BRONCOLIBÉR® 120 mg

Ambroxol Chlorhydrate

Voie orale

20 gélules à libération prolongée



TECNIMED GROUP

620000000034187

gsk

250 /50
microgrammes
par dose

250 microgrammes
/50 microgrammes par dose

gsk

250 /50
microgrammes
par dose

SERETIDE
Diskus

SERETIDE
propionate de fluticasone/
salmétérol **Diskus**

SERETIDE
Diskus

Fabriqué par :

Glaxo Wellcome Production
27000 Evreux
France

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT
UTILISATION.

Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants

A conserver à une température
ne dépassant pas + 30°C.

Titulaire / Exploitant :

Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison

AMM MA: 443R1/18DMP/21/NRQ
AMM TN: 5163103

Poudre pour inhalation
en récipient unidose

60 doses

Boîte de 1 Diskus



Composition :

Chaque inhalation délivre une dose
(au niveau de l'embout buccal) de
231 microgrammes de propionate de
fluticasone et de 47 microgrammes de
salmétérol (sous forme de xinafoate de
salmétérol) ; ce qui correspond à une
dose contenue dans chaque récipient
unidose de 250 microgrammes de
propionate de fluticasone et de
50 microgrammes de salmétérol (sous
forme de xinafoate de salmétérol).
Excipient : lactose monohydraté
(contenant des protéines de lait).

Lot

LF3U
02 2024

EXP

84

