

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 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° W19-422117

NO = 26912

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5310 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUADID BOUCHAIB

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. : 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05 / 2020

Nom et prénom du malade : MOUADID BOUCHAIB

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : B.P.E.O. percu

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 : le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. AMRANI HENRI SAIDA
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous - CHAFA
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

MUPRAS

23 JUN. 2020

ACCUEIL

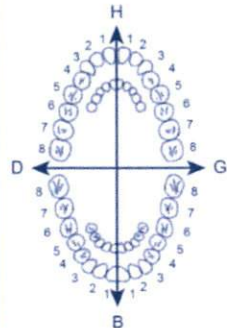
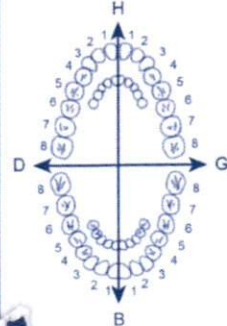
ACCUEIL

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
08/05/20	e2		25087	INP : 091022590

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/20	203180

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[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 AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدركتورة عمراني حنشي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 08/05/2022 في الدار البيضاء،

Mr. Mowarid Bouchaïb
5h3,00 x 2

① Ultraro.

(S.V.)

150,00 x 2 1/2 x 2 min

②

Flaxohol 250

(S.V.)

2 bouff x 21. 2 min

h5,30

③

Neutoline

(S.V.)

100 x 21. 78

2031,30

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 150,00 DH
ID : 630268
6 118001 140336

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATION

FLIXOTIDE

Suspension pour inhalation en flacon pressurisé
125 microgrammes/dose
250 microgrammes/dose
Propionate de fluticasone

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
3. Comment utiliser FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Glucocorticoïde par voie inhalée - code ATC : R03BA05.

Ce médicament est un corticoïde (*dérivé de cortisone*) qui s'administre uniquement par voie orale inhalée (*en l'inspirant*).

C'est un médicament anti-inflammatoire préconisé en prises régulières pour le traitement continu de l'asthme.

Vous ne devez pas interrompre ce traitement sans avis médical, même en cas d'amélioration très nette des symptômes.

**Attention: ce médicament n'est pas un bronchodilatateur.
Il ne permet pas le traitement de la crise d'asthme.**

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 150,00 DH
ID : 630268
6 118001 140336

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATION

FLIXOTIDE

Suspension pour inhalation en flacon pressurisé
125 microgrammes/dose
250 microgrammes/dose
Propionate de fluticasone

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
3. Comment utiliser FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE FLIXOTIDE, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Glucocorticoïde par voie inhalée - code ATC : R03BA05.

Ce médicament est un corticoïde (*dérivé de cortisone*) qui s'administre uniquement par voie orale inhalée (*en l'inspirant*).

C'est un médicament anti-inflammatoire préconisé en prises régulières pour le traitement continu de l'asthme.

Vous ne devez pas interrompre ce traitement sans avis médical, même en cas d'amélioration très nette des symptômes.

**Attention: ce médicament n'est pas un bronchodilatateur.
Il ne permet pas le traitement de la crise d'asthme.**

Ventoline 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé

SALBUTAMOL



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

Prenez cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
3. Comment utiliser VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : Bronchodilatateur Bêta-2 mimétique à action rapide et de courte durée par voie inhalée (R : Système Respiratoire) - code ATC : R03AC02


Ce médicament contient un bêta-2 mimétique : le salbutamol.

C'est un bronchodilatateur (il augmente le calibre des bronches) à action rapide (il agit en quelques minutes) et de courte durée (4 à 6 heures) qui s'administre par voie inhalée (en l'inspirant par l'embout buccal de l'inhalateur).

Il est indiqué en cas de **crise d'asthme** ou pour soulager une **gêne respiratoire** au cours de la maladie asthmatique ou de certaines maladies des bronches.

Il peut également vous être prescrit en **traitement préventif de l'asthme déclenché par l'effort**.


Si vous avez de l'asthme, en fonction de sa sévérité, votre médecin peut prescrire Ventoline seul ou en complément d'un traitement de fond continu par un ou plusieurs autres médicaments, comme les corticoïdes par voie inhalée.

 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481

 **NOVARTIS**

PPV : 843,00 DH



6 118001 031481