

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 CA

N° W19-556135

ND: 38957 Guinée

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

0895

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

BEKKAR

DR YASSER

Société :

Autre :

Royal Ben Jara

Date de naissance :

15-05-1972

Adresse :

54 Bd Paris Apt 4

Tél. :

0661 500451

0537633937

Dr. YASSER CHARBAQUI

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Professeur Assistant

Rue Beyrouth, Imm. SAADA, Entrée 3^e

6^e Etage, App. 316, Rabat

Tel.: 05 37 70 70 72

Age: 18 Ans

Cadre réservé au Médecin

Dr. YASSER CHARBAQUI

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Rue Beyrouth, Imm. SAADA, Entrée 3^e

6^e Etage, App. 316, Rabat

Tel.: 05 37 70 70 75

Age: 18 Ans

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

BEKKAR

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556135

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Pratiques des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/08/2017 Dr. YASSER GHARBAOUI Spécialiste des Maladies Respiratoires Professeur Assistant Imm. SAADA, Entrée "3" 310 - Rabat	01/08/2017 Assistant Enseignant Généraliste Respiratoire	250,00 600,00	850,00	INP : 101184737 Dr. YASSER GHARBAOUI Spécialiste des Maladies Respiratoires Professeur Assistant Imm. SAADA, Entrée "3" 310 - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOU AV. Mohamed VI, SIDI 05 37 75 01 75 / 05 37 75 01 75 <i>(Handwritten signature over the address)</i>	01/08/2022	311,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

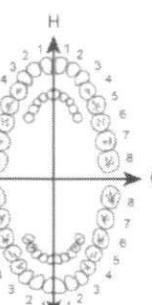
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Dr Yasser GHARBAOUI

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Professeur de l'enseignement Supérieur Assistant

Ex Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires

Ex Interne de l'Hôpital Hôtel Dieu - Paris

Asthme, Tuberculose, Allergologie, Cancer du Poumon

Endoscopie Bronchique, Tests Allergologiques

Explorations Fonctionnelles



الدكتور ياسر الغرباوي

أخصائي في أمراض الصدر والرئتين

أستاذ التعليم العالي مساعد

طبيب رائد سابق بالمستشفيات العسكرية

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس مستشفى أوطيل دير باريس

الريبو السل أمراض الحساسية سرطان الرئة

الفحص بالمنظار قياس الوظائف التنفسية إختبارات الحساسية

Rabat le : 01/08/2020

Ordonnance

M Brockmann 500

248,00

1) Seretide 200 Diskus

1 BSC, x = 0.1 mm

2) Zipter 4

1 pfg x 150

63,90

الدواء
PHARMACIE AL ANDALOUS
131, Av. Mohammed VI, Souissi-Rabat
Tél.: 05 37 75 01 75 / 05 37 75 94 07

Dr. YASSER GHARBAOUI
Spécialiste des Maladies Respiratoires
Professeur Assistant
Rue Beyrouth / Imm. Saada, Entrée 3^e
6^e Etage, App. 316 - Rabat
Tél.: 05 37 70 70 75

T = 311,20

عمراء السعادة زاوية الحسن الثاني وزنقة بيروت مدخل 3 الطابق السادس شقة 316 - الرباط المدينة

Imm. Saada, Angle Av. Hassan II et Rue Beyrouth Entrée 3, 6^{ème} étage Appt 316 - Centre Ville Rabat

هاتف / فاكس : البريد الإلكتروني : Tél. / Fax : 0537 70 70 75 E-mail : yassergharbaoui@gmail.com



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 xinafatate 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 xinafatate de salmétérol).
Excipient : lactose monohydraté (contenant des protéines de lait).

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH
ID : 6448
9 118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Liste I - Uniquement sur ordonnance

ENONDEHRAEBADAE E
L'efficacité n'a pas été établie.

Pour

63,20

~~زنيرتك® 10 مللغ
سيتيريزين - ديكلورهيدرات~~



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10 mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

فرصا ملبسة قابلة للكسر 15

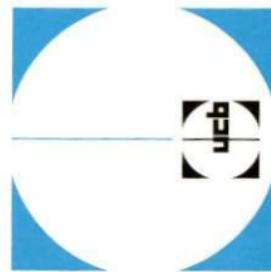
Zyrtec® 10mg

سوطاما
Sotema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27162 Bouakoura - MAROC
sous licence UCB PHARMA SA
مصنع من طرف مختبر سوتفاما
بـ 27162 بواكورا - المغرب
Zyrtec® 10mg

Composition :
Cétirizine dichlorhydrate 10 mg
Excipients.....Q.S.P un comprimé
Effet notable : lactose.
Voie orale.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Zyrtec® 10 mg
Cétirizine dichlorhydrate



Zyrtec® 10mg

Cétirizine dichlorhydrate

15 comprimés pelliculés sécables

10 مللغ
ورهيدرات

قابلة للكسر