

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 canalaires, 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 canalaires.

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° W19-417940

55680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Baitou Boujemaa

Date de naissance :

Adresse : Hay el bahja 440 Hay Hassani
Donar el Hs Kar Maria Kelly

Tél. : 0524395337 Total des frais engagés : 800,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2020

Nom et prénom du malade : BAITOU Boujemaa Age :

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : Maria Kelly Le 13/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/2020	609,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/10/82	Des. Hors 24 FZCZ	2000F

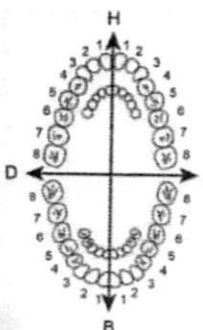
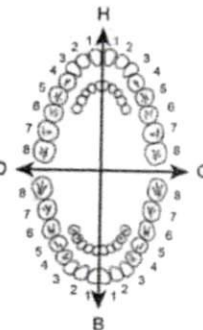
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MAHMAL Aziz

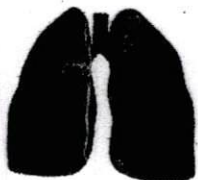
Professeur

Spécialiste de l'Appareil Respiratoire
Tuberculose, Asthme et Allergie

- Ex. Enseignant à la faculté de Médecine de Marrakech

- Diplômé de la Faculté de Médecine
de Strasbourg (France)

Bronchoscopie, Désensibilisation,
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتور مهمال عزيز

أستاذ

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الربو - الحساسية والتهنئة

- أستاذ سابق بكلية الطب بمراكش

- خريج كلية الطب بـستراسبورغ - فرنسا

التنظير القصبي، فحص الوظيفة التنفسية،

خبايل الحساسية والتهنئة

Marrakech. le:

13/10/2020

BAITON Boujma

600

- Azithro 500 x 3 j
1 cp/j

1850 x 2
- Salfin 250
2 bouffées x 2/j

x 3 mois

600

- Oripred 20
2 cp après petit déjeuner x 3 j

- Vitamine C
2600 cp/j

شارع عبد الكريم الخطابي عمارة المهندس بلوك B شقة رقم 3. الطابق 1 جليز مراكش (قرب اسيمما جكينز)

Bd. Abdelkarim Khettabi, Res. Al Mohandis Bloc B, App N° 3, 1^{er} étage (prés Ac'ima Guéliz) Marrakech

B: 05 24 42 07 00 الهاتف: P: 06 6144 51 76: mah.malaziz@yahoo.fr بريد الإلكتروني: أ.

7500

- 0852 20

1962 soir

415,12

185,00

600,50

Dr. MAHMOUD AZIZ

Professeur
113 Bd. Abdelmonem el-Mekki
10000 Alger
5 24 24 24 24 24 24 24 24 24

OraPred® 20 mg
Prednisolone

30 comprimés effervescentis



6510



20 ملع

أوميبرازول

مثبط مضخة البروتون
يقلص إفراز الحمض على مستوى المعدة

LOT : M0344
PER : 03/2022
79,00 DH



28 كبسولة

صامدة
لعصارة المعدة
عن طريق الفم

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

16-17 الشطوط الصناعية - الدار البيضاء

ضعف الحيوية - النقاامة

قیتامین س 1000 ملغ تھالینیکا

Lot: I2405
Per: 09/23

عن طریق الفم

فکھہ البرتقال



قرصا
فوارا

20

1000 ملغ

قیتامین س

20 قرصا فوارا

Lot N°/Date Per. :

Composition :

Azithromycine (DCI):.....500 mg

(Sous forme d'azithromycine dihydraté)

Excipients q.s.p1 comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire : lactose.

Cet étui contient 3 comprimés pelliculés dosés chacun à 500 mg, soit 1 500 mg d'azithromycine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

AZIBAC® 500 mg ○

3 comprimés pelliculés



LOT: 20016 PER: 02/2022
PPV: 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

500 ملغ

أزيباك®

عن طريق الفم

3 أقراص مغلفة
أزيثروميسين

Cipla
Auroc
Inviolabilité
Auroc

○
SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



RÉCIPIENT SOUS PRESSION :
Ne pas exposer à une chaleur excessive.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.



لا يثقب ولا يرمى في النار
ولو فارغا

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFLU®

LOT: GB00559
PER: 03/2023
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

Cipla
Auroc
Inviolabilité
Auroc

○
SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



RÉCIPIENT SOUS PRESSION :
Ne pas exposer à une chaleur excessive.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.



لا يثقب ولا يرمى في النار
ولو فارغا

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFLU®

LOT: GB00559
PER: 03/2023
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette