

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhésion@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° W21-785702

163903

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8495</u>	Société : <u>ESSALHI</u> <u>ABDELAZZ</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>14 MAI 1965</u>
Nom & Prénom : <u>ESSALHI</u> <u>ABDELAZZ</u>			
Date de naissance : <u>14 MAI 1965</u>			
Adresse : <u>ROYAL AIR MAROC - CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>0665 23 07 16</u> Total des frais engagés : <u>3124,-</u> Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Professeur Ass. Radiologue - Allergologue	
Diplômé du Val de Grâce	
et Faculté de Médecine Paris	
2, Rue Al Abdaoui, Av Hassan II - Rabat	
B: 05 37 26 08 29 GSM: 06 68 45 92 52	
Dr. Mohamed LAAMIM	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>10 AVR. 2023</u>
Nom et prénom du malade :	<u>NABIL MADI</u> <u>W1854L</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Affection</u> <u>maladie</u>
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-785702

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
0 AVR. 2023	CS		300 Professeur / Les Presbytères Amazigh Diplômé du Val de Grace et exerce au 56 rue de la Paix 2, Rue Al Abdar, 10000 II - Rabat P: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawsat Bettana Tél : 05 77 80 51 19 INP 102061678 N°4, Rue Doukkala, Bettana 10/06/93		824, 60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Assistant de
Pneumologie - Allergologie

Diplômé de la Faculté de
Médecine de PARIS
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
(Val de Grace)

أستاذ مساعد في أمراض التنفس
والحساسية والضيق

اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا

خريج كلية الطب بباريس

رئيس سابق لقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

10 AVR. 2023

Rabat, le:

ن.م. حاتي ويسال

82,10

11 ESAC 20

1 gel à jeun ✕ 14 ₡

21 Birovam 500

87,00 ✕ 7 ₢

31 FASTER

2 sprays ✕ 2 ₢ ✕ 100 ₢

41 Rinoclear 100
135,00 ✕ 2 pots ✕ le matin

51 Afdidra 79,00 ✕ 14 ₢ ✕ 10 ₢

61 Kycets 75,00 ✕ 14 ₢ ✕ 100 ₢

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Assistant Pneumologie-Allergologie
Diplômé du Val de Grace
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29 - GSM: 06 68 45 92 52

824,60
Radiographie Thoracique
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)
كشف الوظيفة التنفسية

Brano-Fibro
الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques
الاختبار الجلدي للحساسية

LABORATOIRE CHAUVIN
BAUSCH + LOMB

lyre en suspension / ليدر جلسيون
Levocabastine * / ليفocabاستين

0,05% ليفوفكتا® 0,05%

PPC : 79DH00

4 026466 004907

05 2024
L2100534

INDICATIONS

Ce médicament est utilisé pour traiter
les symptômes liés à une conjonctivite
allergique (yeux rouges, qui
démangent, qui larmoient, yeux et/ou
paupières gonflées).

لعلاج الأعراض المرتبطة
بالملاحة إلى الحساسية
بين، حكة في العينين، رطوبة في
العينين و / أو الجفون).

POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Lire attentivement la notice intérieure.
Ne pas conserver plus de 30 jours après
ouverture du flacon.

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA
VUE DES ENFANTS.

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

تناول العلبة بانتباٰه قبل استعمال
متعملاً أكثر من 30 يوماً بعد فتح
في متداول أو تحت نظر الأطفال.

في درجة حرارة تفٰي من 25 °C.

تم
فداء

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

عيار

FAB/

EXP/

HB307

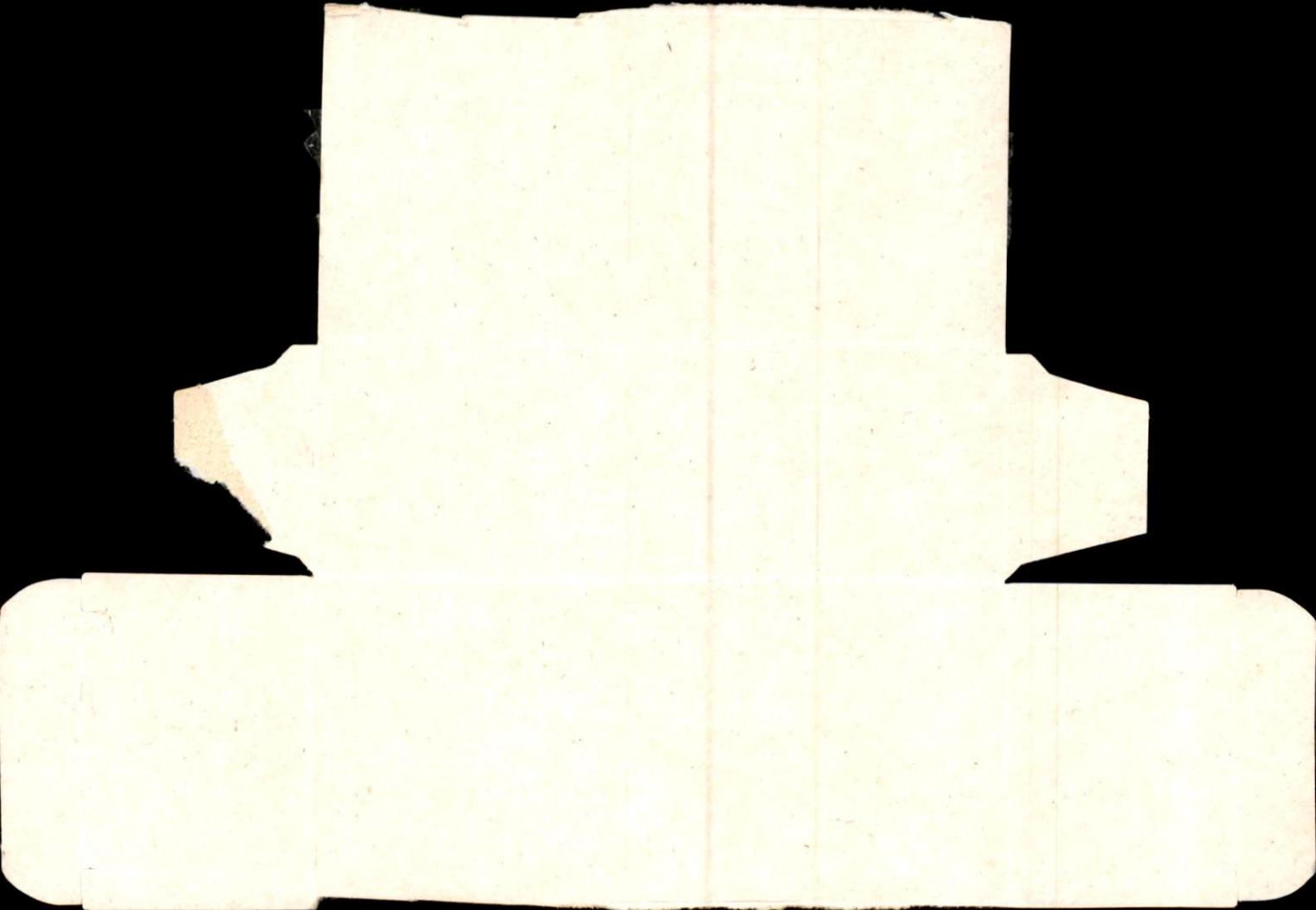
02-2022

01-2024



6118001270354

PPV, 75,00 DHS



humectante de formoterol dihydraté /
dipropionate de bêclométhasone /

100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé
dipropionate de bêclométhasone en flacon pressurisé

FOSTER®

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose
solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bêclométhasone /
fumarate de formotérol dihydraté

فستار

ديبروبينات البكلوميتاسون
وقومات الفورموتيرون المميه.

6/100 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bêclométhasone /

fumarate de formotérol dihydraté

CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.,

Via Palermo, 26/A - Parma - Italie

 **PROMOPHARM S.p.A.**

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

S.I. de CHIESI Farmaceutici S.p.A.

Via Palermo, 26/A - Parma - Italie

Date de
délivrance :



..... / /

Pour les Patients:

L'inhalateur ne doit pas être
utilisé après 5 mois de la date
de délivrance écrite par le
pharmacien sur l'étiquette
adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C

61180011260447

81D93.01/01

 **Chiesi**

12/2023

04/2022

1159115

Exp. :

Fab. :

Lot :

Avant la délivrance aux patients:
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C
Après délivrance aux patients:
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C
Pour les Pharmaciens:
Inscrire la date de délivrance aux patients sur
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
S'assurer qu'il ya une période d'au moins 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
inscrite sur l'étui.
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.p.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

500 ملغ

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول
146-147 النطعة الصناعية بوطمليل - الدار البيضاء

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين

LOT: M0749
PER: 03/2024
PPU: 87,00 DH

مضاد حيوي



أفراص ملمسة عن طريق الفم

7

500 ملغ

مضاد حيوي

ليفوفلوكساسين
أفراص ملمسة عن طريق الفم

Code : AC2 - 00184

5 mg

للملاجئ

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



30
Comprimés
enrobés



75150



Rinoclenil 100µg

رينوكلينيل 100 مكغ

Béclométhasone dipropionate
بيكلوميثازون ديبروبيونات

COMPOSITION :

100 ml de suspension contiennent:
Béclométhasone
dipropionate 77 mg
Excipients (dont le chlorure de
benzalkonium) qsp 100 ml.
Chaque inhalation délivre 100 µg
de Béclométhasone dipropionate.

التركيبة:

تحتوي 100 مل من المستحلق على:
بيكلوميثازون ديبروبيونات 77 مغ
السواغات (بما في ذلك كلوريد
البنزوكونيوم) بما يكفي 100 مل.
كل استنشاق يعطي 100 مكغ من
بيكلوميثازون ديبروبيونات.

Rinoclenil® 100 µg
Béclométhasone dipropionate
Flacon de 200 doses



6 118001 260386

Rinoclenil 100µg

رينوكلينيل 100 مكغ

Rinoclenil 100µg

Suspension pour pulvérisation nasale

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

P.P.V. 135DH00

010800946601

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)

جدول أ (اللائحة 1)

chiesi

PUSH

ESAC® 20

ésoméprazole mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



Lot 22058
ER 08/24
P.V. 32DH10

