

## 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

- 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° W21-785702

163903

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALHI MOHAMED

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : ESSALHI @ ROYAL AIR MAROC - COM

Tél : 06 23 87 16 Total des frais engagés : 9124 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohamed LAAMIM  
Professeur ASS. Pneumologie Allergologie  
Diplômé du Val de Grâce  
et Faculté de Médecine Paris  
2, Rue Al Abdali, Av Hassan II - Rabat  
B: 05 37 26 08 23 GSM: 06 68 45 92 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 AVR 2023

Nom et prénom du malade : NW MAZI WISAL Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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 :



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
0 AVR. 2023	CS		310	<p><b>Dr. Mohamed El Hachimi</b></p> <p>Professeur / SS. Pédiatrie et néonatalogie</p> <p>Diplômé du VU de Grèce</p> <p>et spécialiste en Neurologie Pédiatrie</p> <p>2, Rue Al Abtalah - Hassan II - Rabat</p> <p>R. 05 37 26 08 29-GSM. 06 68 45 92 52</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.06.23	824,60

[illegible][illegible]

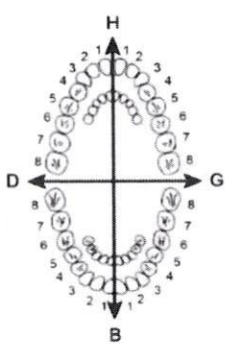
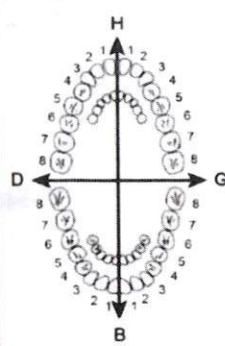
**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

# 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> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

• INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**Docteur**  
**Mohamed LAAMIM**



**الدكتور**  
**محمد لعميم**

Professeur Assistant de  
Pneumologie - Allergologie

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de PARIS

Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
(Val de Grâce)

أستاذ مساعد في أمراض التنفس  
و الحساسية و الضيق

إختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا

خريج كلية الطب بباريس

رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس  
بالمستشفى العسكري

10 AVR. 2023

Rabat, le: .....

نص HAZI WISSAL

82,10

11 BAC 20

1 gel à jeun

\* 14 j

21 BIVANIZ 500

87,00

14/5

\* 7 j

31 FOSTER

291,00

2 Affes

\* 2/5

41 Rinochene 100

135,00

2 j

le matin

51 Adidiva

79,00

14/5

\* 10 j

61 Xycet s

75,50

71 levophak

75,00

824,60

**Dr. Mohamed LAAMIM**  
Professeur Assistant de Pneumologie - Allergologie  
Diplômé du Val de Grâce  
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

Pharmacie Mohamed Bettana  
N°4 Rue  
Tél: 05 37 26 08 29  
GSM: 06 68 45 92 52  
Boukhal, Bettana - Salé \*

Radiographie Thoracique  
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)  
كشف الوظيفة التنفسية

Branco-Fibro  
الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques  
الإختبار الجلدي للحساسية



BAUSCH + LOMB  
LABORATOIRE CHAUVIN

Levocabastine\* / قطرات عينية  
lyre en suspension / قطرات عينية

Levophta 0.05%  
%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 gonflés).

#### 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.

للتدواء لعلاج الأعراض المرتبطة  
جملة العائنة إلى الحساسية  
بنين، حكة في العينين، رطوبة في  
م العينين و / أو الجفون).

داخل العلبة بانتباه قبل استعمال  
مستعمله أكثر من 30 يوما بعد فتح

في متناول أو تحت نظر الأطفال.  
في درجة حرارة أدنى من 25 °م.

م  
ت  
ق  
ر

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

لوت/حبار

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ انتهاء الصلاحية

H8307

02-2022

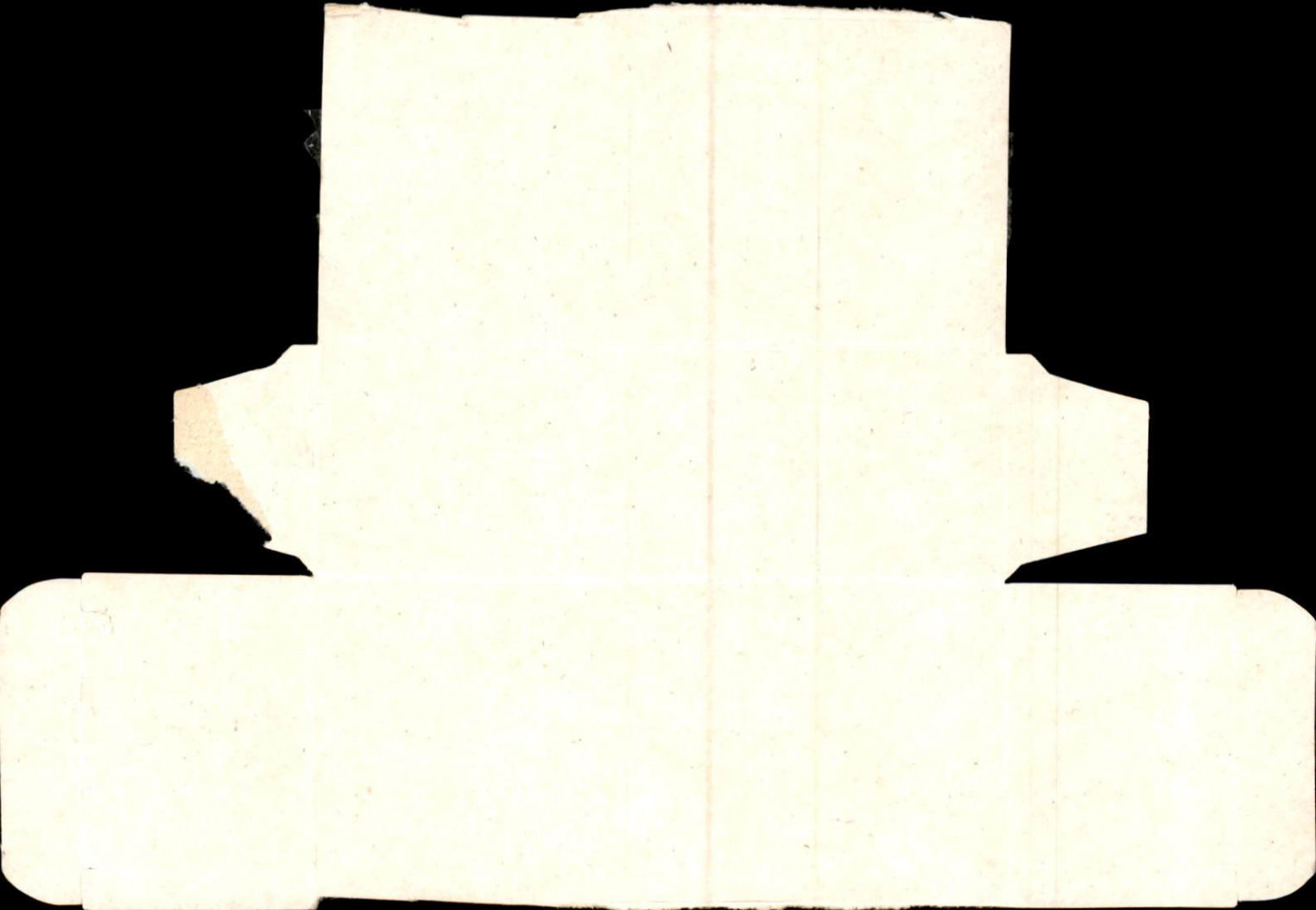
01-2024



6118001270354

PFV : 75,00 DHS







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 de 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.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE**

**FOSTER®**

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de béclo méta sone /

fumarate de formotérol dihydrate

CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.,

Via Palermo, 26/A - Parma - Italie



پروموفارم ه.م.  
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

S.A. 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



6 118001 260447

81b93.01/01

100/6 microgrammes/dose  
solution pour inhalation en flacon pressurisé  
dipropionate de béclo méta sone /  
fumarate de formotérol dihydrate

**FOSTER®**

**FOSTER®**

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de béclo méta sone /  
fumarate de formotérol dihydrate

**فستار®**

ديبرويونات البكلوميثاسون  
وفومارات الفورموتيرول المميه.

100/6 ميكرو غرام / مقدار

*[Handwritten signature]*

**120 Doses**

**Chiesi**

1159115  
04/2022  
12/2023

Exp.:  
Fab.:  
Lot:





500 ملغ

BioVanic 500 mg  
7 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول  
146-147 المنطقة الصناعية نيط مليل - الدار البيضاء

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين

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

مضاد حيوي

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين  
أقراص ملبسة عن طريق الفم

أقراص ملبسة عن طريق الفم

7

500 ملغ

مضاد حيوي

Code: AC2 - 00184



5 mg

لبرالين

**Xycet®**

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



30

Comprimés  
enrobés

75150





# Rinoclenil 100µg

## رينوكلينيل 100 مـغ

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.

### التركيب:

تحتوي 100 مل من المستعلق على:  
بيكلوميثازون ديبروبيونات ..... 77 مـغ  
السواغات (بما في ذلك كلوريد  
البنزالكونيوم) .... بما يكفي 100 مل.  
كل استنشاق يعطي 100 مـغ من  
بيكلوميثازون ديبروبيونات.

Rinoclenil® 100 µg  
Béclométhasone dipropionate  
Flacon de 200 doses



6 118001 260386

## Rinoclenil 100µg

## رينوكلينيل 100 مـغ

Date d'expiration

القطر

## Rinoclenil 100µg

Suspension pour pulvérisation nasale

Distribué par PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem

P.P.V. 135DH00

0108009466/01

الحجر

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)

جدول أ (اللائحة 1)

chiesi

PUSH



**ESAC<sup>®</sup>** **20**  
*ésoméprazole* **mg**

**14 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



ED 22033  
ER 08/24  
REV 32DH10

