

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-770976

*compte*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 09946 Société : RAM

Matricule : 09946

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEJARI HALIMA

Date de naissance : 1970

Adresse : 181 rue AL BARI'D RAYNAHAN RABAT

Tél. : 0670276244 Total des frais engagés : 517,90

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.12.2023

Nom et prénom du malade : Nejari Halima Age : 53

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

Nature de la maladie : Allergie 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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT le : 09/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : Halima Nejari

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770976

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 09946  
Nom de l'adhérent(e) : NEJARI HALIMA  
Total des frais engagés : 517,90






# 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
9.12.2023	C		150,00	INP : 101005437

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/12/23	30,90

# 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

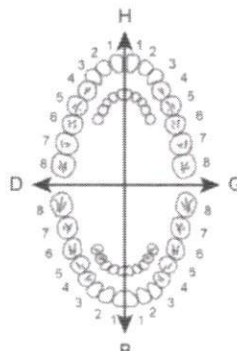
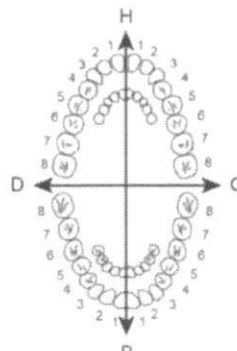
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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'EXE



# Docteur Aziz ALAMI MEROUNI

Médecine Générale

Diplômé d'Echographie Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Agréé pour la visite médicale  
d'aptitude à la conduite

Membre SOS Médecins Rabat - Salé

Angle Avenue de la Résistance  
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10

Océan - RABAT

Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35

GSM : 06 61 21 59 48



الدكتور عزيز علمي مروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة  
على السباحة

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو ، عمارة 23

رقم الدار 10 - حي المحيط - الرباط

الهاتف : 05 37 20 30 35

المحمول : 06 61 21 59 48

Rabat, le 9 12 2023

Nom Njagar Aliou

الرباط، في  
إسم  
PHARMACIE DE L'OCEAN  
54 Av. Abdelkrim El Khattabi  
Rabat - Tél: 05 37 20 21 59  
102045937

37,70

Dupo Medrol 80 mg

1 mg 157 1 157 (x2)

248,00

Serutich 50

1 bouffée mat et soir 1 mg

42,20

Vantolin 2.5 3x 1 g 3g  
pm 2.5 à la demande

40,00

Lomax 1cp le soir 1 mg

367,90

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI  
Diplômé d'Echographie Générale  
Médecine Générale  
SOS Médecin : 06 61 21 59 48  
23, Angle Avenue Résistance et Rue  
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT  
Tél.: 05 37 20 30 35



62000000080415

ID: 652280  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
6 118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

**SECRETIDE**  
propionate de fluticasone /  
salbutamol Diskus

**250**  
microgrammes  
/50 microgrammes  
par dose



**COMPOSITION :**

Loratadine (DCI) ..... 10 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose

Cet étui contient 15 comprimés dosés à 10 mg, soit 150 mg de Loratadine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Lorix<sup>®</sup>** 10 mg ○

**15 comprimés**



6 118000 280279

LOT: 21220 PER: 07/2024  
PPV: 40,00 DH

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

voie orale

**Lorix<sup>®</sup>**  
loratadine 10 mg

**15 comprimés**



Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation

en flacon pressurisé.

Voie inhalée



**RESPECTER LES  
DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR  
ORDONNANCE - LISTE I.

Réceptif sous pression :  
ne pas exposer à une chaleur  
supérieure à +30°C, ni au soleil.  
Ne pas percer, ni jeter au feu,  
même vide.

Ventoline

100 microgrammes/dose

Suspension pour inhalation

en flacon pressurisé.

COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol .....  
120,50 µg  
quantité correspondant à  
salbutamol ..... 100,00 µg  
pour une dose

Gaz propulseur :

norfurane (tétrafluoroéthane  
ou HFA 134a)  
µg = microgramme

Lire la notice avant

utilisation.

Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

**Titulaire d'AMM au Maroc:**  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

Fabricant :

Glaxo Wellcome Production  
27000 Evreux - France

Ventoline 100 mcg  
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

PPV : 42,20 DH  
LOT : V38T  
PER : 03/2025

Lot  
EXP  
PPV

ID: 6526



# DEPO-MEDROL®

## 80 mg/2 ml

ديبو ميدرول®  
80 مغ/2 مل

مستعلق للحقن/ suspension injectable

أسيتات ميثيل برينيزولون/ acétate de méthylprednisolone

حقنة 2 مل/ 2 ml Seringue

يُحقن عن طريق العضل - I.M.

Médicament autorisé N°: 274/19/DMP/21/NRQ

مالك حق التسويق في المغرب/ Titulaire de l'AMM Marocain:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0.5, Route de Oualidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

المصنع/ Fabricant:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

Liste I

يصرف بوصفة طبية. لائحة I.

يحتوي ديبو ميدرول 80 مغ / 2 مل على 80 مغ من  
أسيتات ميثيل برينيزولون في 2 مل من مستعلق قابل للحقن (40 مغ/مل).

الساغات: ماكروغول 3350؛ كلوريد الميريسيتيل  
جاما بيكولين؛ كلوريد الصوديوم؛ ماء للحقن.

يُحفظ بعيدًا عن متناول ومراى الأطفال. يحفظ في درجة  
الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).

يرجى قراءة النشرة قبل استخدام.

رج جيدًا قبل الاستخدام.



6 118001 170487