

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 : 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.

Déclaration de Maladie

04463 № W21-638986
Par courrier

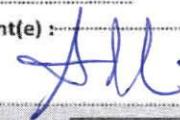
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11161	Société : RAT		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSAM LAFI MOHAMED			
Date de naissance : 30 Juin 1970			
Adresse : Relid. Yamina 1182 Apt 11 Wi FAK ZEMRA.			
Tél. : 0661134122	Total des frais engagés : 987,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Nasima ZEMED

Cachet du médecin : Dr Nasima ZEMED
Pneumologue - All. radiologue
App. 4, Av. 22, Tel: 05 22 77 77 77

Date de consultation :	BouALILA Fatima 28/3/53		
Nom et prénom du malade :	Age : 40		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchit - asth. fijma		
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 : mifak Le : 15/11/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15/11/21	15/11/21	857.70
	15/11/21	651.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

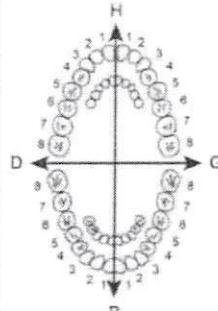
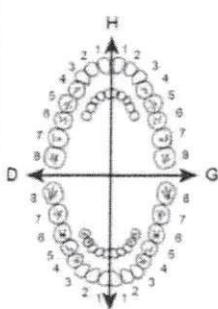
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	□		00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		□																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B		B																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION																			

Cabinet
Pneumologie -
Allergologie
Dr. Naaima ZEMED

Maladies respiratoires, Asthme et
Allergie, Tuberculose, Sevrage Tabagique
et Pathologie liée au Sommeil

Ancien médecin des hôpitaux
universitaires Avicenne, Moulay Youssef
et l'hôpital militaire de Rabat.



عيادة
أمراض الجهاز التنفسي
و المحساسية
د. نعيمة زمدد

أمراض الجهاز التنفسي، الربو و المحساسية، السل،
الإقلاع عن التدخين والأمراض المتعلقة بالثوم

طبيبة سابقة بمستشفيات مولاي يوسف، ابن سينا
والمستشفي العسكري بالرباط

Témara, le 15/11/2026
تمارة، في

M^{me}. BOUAKHLA

36,70. -

My codamol pomos

49,00

My codamol pomos

1 oppx2j polt 03 reman

85,70.

1 oppx2j polt 03 reman

LOT: 08220028
PER: 11/2025
PPU: 49,00 DH

Dr. Naaima ZEMED
Pneumologie - Allergologie
Appt. 9, Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara
Tel: 05 37 62 71 71



WIFAK
Lot 3124, Al Wifak 1, Témara
N°1197

PHARMACIE
Témara
Tél: 05 37 64 55 54

Cabinet
Pneumologie -
Allergologie
Dr. Naaima ZEMED

Maladies respiratoires, Asthme et
Allergie, Tuberculose, Sevrage Tabagique
et Pathologie liée au Sommeil

Ancien médecin des hôpitaux
universitaires Avicenne, Moulay Youssef
et l'hôpital militaire de Rabat.



عيادة
أمراض الجهاز التنفسي
والحساسية
د. نعيمة زماد

أمراض الجهاز التنفسي، الربو والحساسية، السل،
الإقلاع عن التدخين والامراض المتعلقة بالنوم

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف، ابن سينا
والمستشفى العسكري بالرباط

Témara, le 15/11/2021 تمارا، في

122,80. n° BOUAKHLA Fatima

1) Echocardi

274,00€ g+sign polt le jout

2) Clodio 500mg

39,90€ g+2lj polt le jout

3) Examec 1 g+3lj polt le jout

30,00.

4) Prospran 1 g+3lj polt le jout

18,50€

5) SofCn 250mg 2ljx2lj polt 01 mois

651,70

شقة 9 (الطبقة العلوية) 4-14، برج عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 9 (2^{ème} étage), Avenue Abdellatif Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

05 37 62 71 71 dr.n.zemed@gmail.com

Dr. Naaima ZEMED
Pneumologue - Allergologue
Témara - Casablanca - Al Makhzen
Dr. N. ZEMED - 05 37 62 71 71

Exomuc®

acétylcystéïne 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets



39,90 ₣



Composition :

Clarithromycine (DCI) 500 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé
Cet étui contient 20 comprimés pelliculés dosés
chacun à 500 mg soit 10 g de clarithromycine
Avant toute utilisation, lire attentivement la notice interieure.

Cladia 500 mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 280446

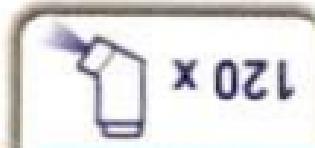
LOT : 19059 PER : 05/2024
PPV : 274,00 DH

Fabriqué sous licence  MEDINFAR
par les Laboratoires **Steripharma**
Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

كلاديا 500 ملغ 274,00 DH
كلايديا 500 ملغ 274,00 DH

Cipri
S

DURÉE MATIN MIJO SOIR



Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Votre inhalée

250 µg
/25 µg

Propriionate de fluticasone
/salmétérol

SAFLU®

185,00Dhs
LOT: GB10198

PER: 12/2023

PPV: 185 DH 00

E

PROSPAN®

Sirup Traitement de la toux

Bien agiter avant utilisation.

Pour plus d'informations, lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.

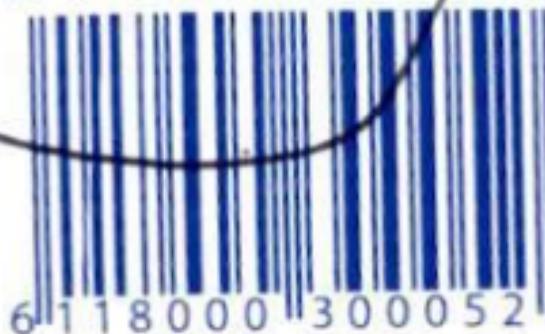
À conserver à une température inférieure à 25°C
et à l'abri de l'humidité.

30.00 DH

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



6118000300052



LABORATOIRES KOSMOPHARM

272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.
Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc
www.kosmopharm.com
Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne

ESAC®

ésoméprazole

40
mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



122,80 Dhs

1200 2000
PFR 07/23
PBM 122 DH 30

