

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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° M21- 0014096

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R.H.H. NO 0096
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRATI SAID
Date de naissance : 13/09/1959
Adresse : 5, rue elhardoud Haytawik, Fes
Tél. : 06 14 31 75 90 Total des frais engagés : 757,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2022
Nom et prénom du malade : Khati Amine Age: 17 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Rhinite
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06-01-22		5	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Lot. Alquods Maroc 17 DP 2
Pte Imprimerie PES 2 4536 60 47
PHARMACIE IFRANE
Dr. M. AMRHAJ
4/1/2022 457,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

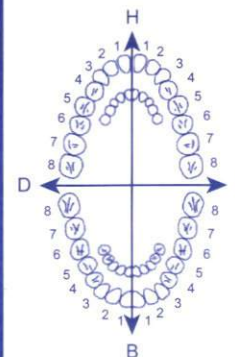
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

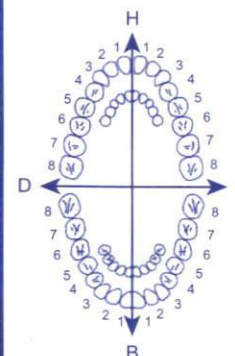
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. ZAKI Zouheir

Spécialiste en ORL
et Chirurgie de Face et du Cou

Professeur Agrégé à la Faculté
de Médecine de Fès



الدكتور زكي زهير

اختصاصي في طب وجراحة الأنف،
الأذن، الحنجرة، العنق والوجه

أستاذ مبرز بكلية الطب بفاس

INPE : 141147678

Fès, le 4/1/2022 في فاس

M. KRATI Amina

168.22

+ Augmentin

78.33

+ No Mye

58.43

+ Effipred 20
17.23

1 cp

53.00

+ I.P.P 20

+ 82.82

+ Aller 2

457.77

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

EFFIPRED® 20 mg
PPV 58DH40
EXP 09/2024
LOT 18015 7

Lot. Alqueuds Bloc 11 N° 12
Rte Imouzzur PES 0536 60 47 12
PHARMACIE IFRANE
Dr. M. AMRHAR

Lot. Alqueuds Bloc 11 N° 12
Rte Imouzzur PES 0536 60 47 12

CLINIQUE AL KAWTAR : AV. Md El Fassi, Rte Imouzzur - FES
Tél : 06 66 02 73 93 - 06 61 30 48 82 - 05 35 74 94 05
GSM : 06 61 27 16 11 / E-mail : zakizouheir@yahoo.fr

Dr. M. AMRHAR

NOMYC® 50 mg
Fluconazole

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg

Fluconazole

LOT 219798

EXP 08/24

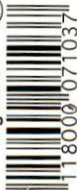
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

أفريك - فار
AFRIC - PHAR

NOMYC® 50 mg

7 gélules



Composition : par gélule

Fluconazole (DCI)..... 50 mg

Excipients q.s

Excipient(s) à effet notoire : Lactose et sodium

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions
d'emploi : Lire la notice avant l'utilisation

Demander l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de
problèmes liés à l'utilisation du médicament.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE ET LA VUE DES ENFANTS.

Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

التركيبية :

فلوكونازول 50 ملغ

المكونات : الكمية الكافية

سواغات ذات تأثير معروف : لكتوز و الصوديوم

الجرعة، دواعي، موانع و احتياطات الاستعمال :

الرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال.

الرجو إستشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل

مرتبطة بكيفية استعمال الدواء.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C .

LOT : 201737

UT AV : 12/2023

PPV: 82,60 DH

UT. AV.:

25X40X66

6

جدول من (لائحة II) (Tableau C) liste II



احترموا الجرعة الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يسلم إلا بوصفة طبية
Uniquement sur ordonnance

CONDITIONS D'EMPLOI :

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
لا يترك في متناول ومراى الأطفال.



Soyez prudent

Ne pas conduire sans
avoir lu la notice

N° AMM: 137 / 12 DMP / 21 / NCI

«Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères.

Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.

Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.»

«يجب عدم رمي الأدوية في الجاري أو في النفايات المنزلية.

استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من الأدوية غير

الاستعملة. ستساهم هذه التدابير في حماية البيئة»

IDEMCO

COOPER
PHARMA

PPI



Handwritten signature in blue ink across the center of the box.

28 x 10



28 comprimés pelliculés sécables

ALER-Z® 10mg

عن طريق الفم

إيفيدريل[®]

باراسيتامول - بسودوايفيدرين - تريبروليدرين

زكام

سيلان

أنفي واضح

إنتسداد الأنف

آلام الرأس

الحمى

ج

ثاينيدريك

علبة من 20 قرصا

إيفيدريل[®]
علبة من 20 قرصا

Lot N°/Date Per. :

EEPA B 1 V FA 01

IDEMCO

Composition :

Paracétamol	300,00 mg
Pseudoéphédrine chlorhydrate	50,00 mg
Triprolidine chlorhydrate	2,50 mg
Excipients qsp	1 comprimé

Boîte de 20 comprimés

Indication :

Écoulement nasal clair, Nez bouché,
Maux de tête et Fièvre.

AMM N° : 726/16DMP/21/NRQ

ملغ 300,00	التركيب :
ملغ 50,00	باراسيتامول
ملغ 2,50	بسودوايفيدرين كلوريدات
قرص واحد	تريبوليدرين كلوريدات
	سواغات لما يكفي
	الإرشادات :

سيلان أنفي واضح. إنتسداد الأنف. آلام الرأس و الحمى

Dr. Maria MAFTOUH - Pharmacien Responsable

EPHEDRYL[®]

Boîte de 20 comprimés



P.P.V. : 17,20 DH



6 118000 190424

45x20x100

1

Oméprazole 20 mg

IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons



14 gélules

microgranules
gastro-résistants

Voie orale

Indications - Contre-indications
mode et voie d'administration :
lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقابيل
وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

مختبرات غالينيك - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure
à 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants

يحفظ في أقل من 30 درجة حرارية
و بعيدا عن الرطوبة

لا يترك في متناول الأطفال

 GALENICA

IPP®
Oméprazole 20 mg
Boîte de 14 gélules

PP.V. : 53,00 DH



80x21x118
5

IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons

Oméprazole 20 mg Boîte de 14 gélules microgranules gastro-résistants

Lot N°: / Date Per. :

E P P A H 2 V FA 01



poudre pour suspension
buvable en sachet



1g/125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.
يحفظ بعيدا عن متناول ومزاي
الأطفال، تحت درجة حرارة
اقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

..... sachet(s) fois par
prendre de préférence au début des jour à
pendant jours. repas.
Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 646870
PER: 09/22





مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El'Fassi, Rte Imouzzar FES

Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82

cliniquealkawtar2014@gmail.com

cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le

06/01/22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

Note d'honoraires:

Consultation Pr ZAKI : 250DH

Clinique ALKAWTAR : 50 DH

Total: 300 DH

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification

