

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.

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° W19-578489

M259X3

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAHBI IKAMAL

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : IMN21 NFT 06 B1 Abdellah Ben Lakhtib

LAYALI II BERRZEKHID

Tél. : 06 61 78 66 45 Total des frais engagés : 1463,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2022

Nom et prénom du malade : DAHBI Mesyem

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Allergie allergique

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 : Maroc

Le : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
28/07/22	Diabète	150	150	R.D.C. 06/12/2022
10/08/22	Diabète	150	150	Diabète

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ASMOUNA
Docteur en Pharmacie
22 Rue ASSALAM Hay N° 10
Tél: 05 22 32 80 00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

SOINS DENTAIRES	TRAVAIL	SOINS	DE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	MONTANTS DES SOINS	
PROTHESES DENTAIRES		25533412 21433552		
		00000000 00000000		
		00000000 00000000		
		35533411 11433553		
		B		
	(Création, remont, adjonction)	G		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DATE DU DEVIS	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	DATE DE L'EXECUTION	DATE DU DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA
MEDECINE GENERALE
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

الدكتورة سهام أوبهيا
الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
أخصائية التغذية
أمراض النساء و تتبع الحامل
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME

ASMOUD Samir

Docteur en Pharmacie

72 Rue ASSALAH HAYA
BERRECHID

Tel : 05.22.32.84.07

Ordonnance

Berrechid , le 10/08/2022 ..

Nom.prénom : DAHBI Heryem.

119,10

1- Rizinal

2gml x 2/j x 7j
2gml /j x 14j

78,60

2- Alenox 5mg

94,00

25

x 14

3- Actipetit

765 x 2/j

x 14

RDV:



58 ، الطابق السفلي، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد
N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid
06.69.51.16.18 ▲ 05.22.03.07.72
sihamoubouhia@gmail.com

22, 09

4- Céddol

1 ep x 21 j

2200 !

T 313, 70

PHARMACIE ARAFAA
ASMOUK Samar
Docteur en Pharmacie
12 Rue ASSALAM
BERRECHID
Tél: 05 22 32 84 00

Dr. OUBOUHIA Siham
Médecin Généraliste
Diabétologue
RDC Quartier Layali Berrechid
Tél : 05 22 03 07 72

ريزونيل®

فيورات الموميمازون مونوهيدرات

اسم الدواء:
ريزونيل 50 ميكروغرام/جرعة، محلول للرش عبر الأنف.

N° du Lot

Date Per.

P.V: 119,10 DH

شات. وعندما تكون غير مستجدة برضتين.

في جميع الحالات، يتعين القيد بوصفة طبيبكم.
وبناءً على ذلك يمكن أن يضر به.

هذه العلاج:
يتعين القيد بوصفة طبيبكم.

تواهي العلاج:

لا تستعملوا أبداً ريزونيل 50 ميكروغرام/جرعة، محلول للرش عبر الأنف، في حساسية ميال أحد مكوناته.

سبيلان الأنف.

في حالة حال الأنت أو الفم أو العين.
ملقى دون السن 3 لمعد وجود دراسات مريرية في حالة الشلل، من الضروري طلب رأي الطبيب أو الصيدلي. التأثيرات غير المرغوب فيها،

ووصف التأثيرات غير المرغوب فيها:
شأنه في ذلك شأن كل الأدوية، يمكن أن تترتب تأثيرات غير موزون 50 ميكروغرام/جرعة، محلول للرش عبر الأنف، سهلان منها.

إمكانية حدوث الآلام بالرأسم، سهلان أنت، التهاب جفاف عشاء الأنف المخاطي، ردود فعل الحساسية ونادرًا جداً اضطرارات في النطق والشم.

يمكن أن يظهر أحياناً آراء المبيضات الأنفية، ملائم. استنشروا طبيبكم الذي يعلم معكم في وقت العلاج بالكورتيكosteroid إلى غایة الشفاء، الضيق داخل العينين والصاد تقييم العين. تناول امكانية الارق (ارتفاع الضغط داخلي العين)، تناول الأصداف، أو ثبور

عليل 140 جرعة

الرجاء قراءة هذه المنشورة بكماليها قبلتناول هذا الدواء.

* احتفظ بهذه النشرة، لأن يمكن أن تحتاج إلى قرايتها من جديد.

* إذا كانت لديك آية أستلة أخرى، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الصيدلي.

* وصف لك هذا الدواء أنت شخصياً، فلا تعلمه أحداً إلى أي شخص آخر حتى في حالة تشابه الأعراض لأن ذلك يمكن أن يضر به.

* إذا أصبح أحد التأثيرات غير المرغوب فيها خطيراً أو لاحظت أي تأثير آخر لم يتم ذكره في هذه النشرة، تحدثي بشأن ذلك إلى الطبيب أو الصيدلي.

تركيب الدواء:
المادة الفاعلة هي:

فيورات الموميمازون مونوهيدرات.....	51.8.....
كمية معادلة لفيورات الموميمازون جاف.....	50.00.....
لجرعة الواحدة	
الريشة الواحدة تصدر جرعة واحدة من قيمة 50 ميكروغرام من فيورات الموميمازون الجاف	

سواغات: غليسرين، سيلانيوز ميكروكريستالن، كروبيوكسيميتسيلولوز-صوديوم، سيرات الصوديوم ثنائي الهيدرات، وحامض الستيريك مونوهيدرات محلول من كلوريد البنزاكتونيوم، بوليسيوريت 80، ماء منزوع الأيونات

الالحة السواغات ذات تأثير ملحوظ:
كلورور البنزاكتونيوم، غليسرين

الصنف الصيدلي في العلاجي أو نوع النشاط:
كوريكوتيد لاستعمال الموضعى.

دوعي العلاج:

الصنف الصيدلي في العلاجي:
يعتني هذا الدواء على كوريكوتيد، وهو علاج مضاد للالتهاب يستعمل عبر الأنف.

ويوصى:

* لدى الكبار والأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 3 سنوات، من أجل علاج التهاب الأنف الأرجي.
* لدى الكبار من أجل التخفيف من أمراض الربيطة بوجود السيللات.

À consommer de préférence avant fin :

N° lot :

Autorisation du Ministère de la Santé :

N° DA20181212241DMP/20UCA/RQv2

V015 - 02/22

ETAPPETI200IPH

LOT : 2208803/2
PER : 03/2025
FAB : 03/2025

ACTI'PETIT SP 200ML

PPC : 94.00

Ut Av	Lot :
03/2025	2208803/2

IPHADERM



3 525722 013628