

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-621744

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL AOUNI KHOULOU

Date de naissance : 01-10-1977

Adresse :

Tél : 0661182007 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15 SEP 2022

Nom et prénom du malade : EL AOUNI KHOULOU

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

Nature de la maladie :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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 attestant le Paiement |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15 SEP 2022 | ✓ | | 200,000 | INP : 09 Dr. ZEMMAMA 45 Bd. Fx C: 06 GSM : 0 Fax : 05 22 Email : zol2@ |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE WATO 153, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Jerb Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 21 16 07 | 15/9/22 | 999,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

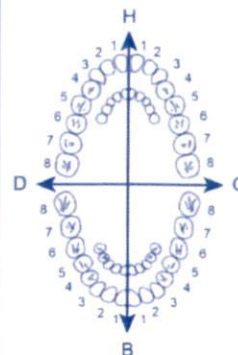
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

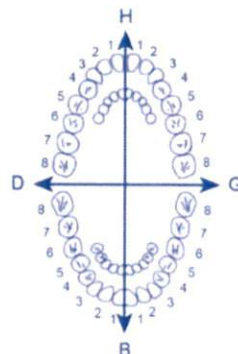
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Casablanca, Le

15 SEP. 2022

الدار البيضاء في

Mme SP AOUNI

Khouloud

2x240,00

10) Seroplex



1 cp par jour

35,70



20) Alprazolam

1/2 cp matin

50,00

88,00

curlec



10) Axi 500

1 cp / 5 pd 6

136,20

Nasonex

50,10 - pulv 2x

999,40

999,40

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

Tel: 05 22 25 03 73

Fax: 05 22 25 13 00

GSM: 06 61 14 99 86

E-mail: zol2@live.fr

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH



6 118001 184989

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V: 240,00 DH



6 118001 184989

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C: 05 22 25 03 73
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 05 22 25 13 00
Email: zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 03 73

الفاكس: 05 22 25 13 00

المحمول: 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني: zol2@live.fr

Nasonex®

50 microgrammes/dose
suspension pour
pulvérisation nasale

Composition en substance active : furate de mométasone monohydraté : 51,73 microgrammes, quantité correspondant à furate de mométasone anhydre : 50,00 microgrammes pour une dose.
Un flacon correspond à 40 pulvérisations.
Une pulvérisation délivre une dose de 50 microgrammes de furate de mométasone anhydre.

Excipients : cellulose dispersible (AV/CEL RC 591), glycérol, citrate de sodium, acide citrique monohydraté, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium, eau purifiée.

Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.

**A conserver à une
température ne dépassant
pas 25 °C.**

MSD France
10-12 Cours Michélet
92800 Putaux



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V:50,10 DH
Distribué par MSD Maroc

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6

Lot
EXP

W002946
12 2024

7008562400
BECL01.2



Nasonex®

50 microgrammes/dose
suspension pour
pulvérisation nasale

Composition en substance active : furate de mométasone monohydraté : 51,73 microgrammes, quantité correspondant à furate de mométasone anhydre : 50,00 microgrammes pour une dose.
Un flacon correspond à 40 pulvérisations.
Une pulvérisation délivre une dose de 50 microgrammes de furate de mométasone anhydre.

Excipients : cellulose dispersible (AV/CEL RC 591), glycérol, citrate de sodium, acide citrique monohydraté, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium, eau purifiée.

Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.

**A conserver à une
température ne dépassant
pas 25 °C.**

MSD France
10-12 Cours Michélet
92800 Putaux



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V:50,10 DH
Distribué par MSD Maroc

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6

7008562400
BECL01.2

Lot
EXP

W002946
12 2024



Alpraz[®]

Alprazolam

0,5 mg



28 Comprimés sécables

Voie orale

LOT 221177 1
EXP 04 2025
PPV 35.70

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | | | MATIN | MIDI | SOIR | AVANT APRÈS |



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
حفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول ومرأي الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يقرن بموجب وصفة طبية (لائحة I)

Durée de prescription limitée à 12 semaines

وصفة طبية محدودة إلى 12 أسبوعاً



سوطيما
sothema

Fabriqué par
Laboratoires **SOTHEMA**
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence des Laboratoires



115x70x22



*suspension pour
pulvérisation nasale*

Nasonex[®]

*Flacon de 120 doses
50 microgrammes/dose*

Nasonex[®]

*50 microgrammes/dose
suspension pour
pulvérisation nasale*

*Flacon de 120 doses
50 microgrammes/dose*

Nasonex[®]

*suspension pour
pulvérisation nasale*

*furoate de mométasone
anhydre*

Voie nasale

AMM 233DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Lire la notice avant utilisation.

**TENIR HORS DE LA
PORTEE ET DE LA VUE DES
ENFANTS.**



**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg
Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

97x45x18

79.70
PIV 195470
PER 08/24
LOT K2180

12/20
100008

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AZIX[®] 500 mg
Azithromycine

3 Comprimés
sécables

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

11

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

AZIX[®]
Azithromycine

500 mg
Voie orale

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

79.70
PIV 195470
PER 08/24
LOT K2180

97x45x18

12/20
100008

AZIX[®] 500 mg
Azithromycine

11

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

3 Comprimés
sécables

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

Curtec® 10 mg
Cétirizine

03/18
100109



احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®
Cétirizine
10 mg

15 comprimés sécables

b

Voie orale



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 50DH0
PER: 02/23
LOT: J522

Curtec® 10 mg
Cétirizine

03/18
100109



احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®
Cétirizine
10 mg

15 comprimés sécables

b

Voie orale



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 50DH0
PER: 02/23
LOT: J522