

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° P19-0027087

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12728

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI MOHAMED

Date de naissance : 15/08/1987

Adresse :

Tél. : 0661098882 Total des frais engagés : 1668,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2022

Nom et prénom du malade : MEGZARI MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie + Rhinite 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 : RABAT

Le : 01/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/12/22	Cg		30000,4	Dr. Noredidine JMLI Spécialiste des Maladies 17, Rue A. Achach, Agdal Rabat - Tél.: 05 37 68 65 68

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie - Parapharmacie RIAD ASSALAM Av. Al Araar, Secteur 13, Bloc R, Hay Riad Tél : 05 37 56 35 82	01/12/22	1368,50
INPE : 102051265		

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
		H												
		25533412 00000000	21433552 00000000											
		D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة الدكتور نور الدين جميلي

Cabinet Médical Dr Noredine Jmili

Spécialiste des maladies respiratoires
Ex Responsable d'unité au service de
Pneumologie - CHU Ibn Sina RABAT



اختصاصي في الأمراض الصدرية و التنفسية
مسؤول سابق عن وحدة صحية بمصلحة
الأمراض الصدرية و التنفسية
بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

Dr AGZAR Mohamed

الرباط في 01-12-22

387,00 Foster 100 (poudre pour Inhaler)

1B 2 x 1 j x 2 mois

2 x 210,00
420,00

Flowa-10

1 cp 1 j le matin x 2 mois

2 x 73,40
146,80

Erlas 5mg

1 cp 1 j le soir x 2 mois

34,70 Serax 20 cp eff.

2 cp 1 j le soir après repas

2 x 190,00
380,00

Aeromax / SPH

2 cp 1 j le soir x 2 mois

Pharmacie - Parapharmacie

RIAD ASSALAM

1368,50

Av. Al Araar, Secteur 13, Bloc R, Hay Riad

05 37 68 65 66 - 05 37 68 65 62

17, Rue AL ACHAARI Apt 1, Agdal-Rabat / Tél: 05 37 68 65 68

Site-Web: dr-jmili-pneumo.ma

Mail: jmipno@hotmail.fr

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

34,70

Dr. Noredine JMILI
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
Rue AL ACHAARI Apt 1, Agdal
Rabat - Tél: 05 37 68 65 68

Ne pas dépasser la dose prescrite

Vignette

FOSTER

100/6

mcg/dose

PPV = 387DH00

فستار

6/100

ميكروغرام/جرعة

تحتوي كل جرعة من فستار على 100 ميكروغرام من بديونيد بروتونيك
/ 6 ميكروغرام من فستار

الاستنشاق طريقه جرعة 120

6/100

فستار

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de l'humidité.
Ne retirer l'inhalateur de son sachet qu'immédiatement avant la première utilisation.

Après la première ouverture du sachet, le médicament doit être utilisé dans un délai de six mois et conservé à une température ne dépassant pas 25°C.

A utiliser sous prescription médicale

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

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Lire la notice avant utilisation.

يحتفظ في العبوة الأصلية من أجل الحماية من الرطوبة.
لا تتم بإزالة جهاز الاستنشاق من الكيس إلا قبل الاستخدام الأول.
بعد الفتح الأول للكيس، يجب استخدام الدواء في غضون ستة أشهر وتخزينه عند درجة حرارة
لا تتجاوز 25° مئوية.

يصرف بوصفة طبية.

يحتفظ بعيدا عن مرمى و تناول الأطفال.

الجرعة وطريقة الاستخدام

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.



FOSTER®

100 / 6 microgrammes / dose

poudre pour inhalation

Dipropionate de béclo-métasone anhydre micronisé / Fumarate de formotérol dihydraté micronisé

Voie inhalée

120 doses

Chiesi

Fabriqué par :
CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.
96 via S. Leonardo, 96
43122 Parma-Italie.

Distribué par :
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc
Sous licence des Laboratoires Chiesi

فلوير[®]

منتيلوكاست الصوديوم

عن طريق الفم

10
مغ

Flowair[®] 10 mg

Montélukast sodique
30 Comprimés pelliculés



6 118001 272631

30
قرصا
مغلنا

Composition : Montélukast sodique 10.4 mg.
Equivalent à Montélukast 10 mg.
Excipients QSP. Excipient à effet notoire : Aspartam.
Pour plus d'information : consulter la notice interne.
A conserver dans son emballage d'origine, à l'abri
de la lumière et de l'humidité.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

AMM N° : 649/16 DMP/21/NNP

التركيب : منتيلوكاست الصوديوم 10.4 ملغ.
ما يعادل 10 ملغ من منتيلوكاست.
السواغات : كمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثير فعال : أسبارتام.
للمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة.
يحفظ في العلبة الأصلية بعيدا عن أشعة الضوء و الرطوبة.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Flowair[®]

Montélukast sodique

Voie Orale

10
mg

PPV:210,00 DH



30
Comprimés
pelliculés

فلوير[®]

منتيلوكاست الصوديوم

عن طريق الفم

10
مغ

Flowair[®] 10 mg

Montélukast sodique
30 Comprimés pelliculés



6 118001 272631

30
قرصا
مغلنا

Composition : Montélukast sodique 10.4 mg.
Equivalent à Montélukast 10 mg.
Excipients QSP. Excipient à effet notoire : Aspartam.
Pour plus d'information : consulter la notice interne.
A conserver dans son emballage d'origine, à l'abri
de la lumière et de l'humidité.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

AMM N° : 649/16 DMP/21/NNP

التركيب : منتيلوكاست الصوديوم 10.4 ملغ.
ما يعادل 10 ملغ من منتيلوكاست.
السواغات : كمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثير فعال : أسبارتام.
للمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة.
يحفظ في العلبة الأصلية بعيدا عن أشعة الضوء و الرطوبة.
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Flowair[®]

Montélukast sodique

Voie Orale

10
mg

PPV:210,00 DH



30
Comprimés
pelliculés

1 ص / 5 ملغ
ايرلوس[®]
ديسلور اتادين

04,87

حبّة 28
مليّة

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

Composition :

Desloratadine 5 mg

Excipients q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Ethanol

Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

ANM N° 615DM/P21/NRQ



Erlus[®] 5 mg

Desloratadine

28 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



SYNTHELABO

1 ص / 5 ملغ
ايرلوس[®]
ديسلور اتادين

04,87

حبة
28 ملتبسة

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

Composition :

Desloratadine 5 mg

Excipients q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Ethanol

Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

ANM N° 615DM/P21/NRQ



Erlus[®] 5 mg

Desloratadine

28 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



SYNTHELABO

Aeromax®

Budésonide

LOT:036R004A
PER:03/2023
PPV:190,00 dh

Aeromax®

Budésonide

Nasal
100µg/dose

Suspension aqueuse
pour pulvérisations
nasales

200 doses

Aeromax®

Budésonide

Composition :
Budésonide (DCI) 100 µg
Excipients q.s.p. 1 dose
Excipients à effets notoires :
Chlorure de Benzalkonium,
Glucose.

Forme Pharmaceutique :
Suspension liquide. Flacon
pulvérisateur de 200 doses.

**Mode et voie
d'administration :**
Voie nasale.

**Précautions particulières
de conservation :**
Ce médicament doit être
conservé à une température
< 30°C et à l'abri de la lumière.
Maintenir le flacon en
position verticale.

AGITER AVANT EMPLOI



Suspension aqueuse
pour pulvérisations
nasales

200 doses

Nasal
100µg/dose

Aeromax®

Budésonide



Aeromax®

Budésonide

LOT:036R004A
PER:03/2023
PPV:190,00 dh

Aeromax®

Budésonide

Nasal
100µg/dose

Suspension aqueuse
pour pulvérisations
nasales

200 doses

Aeromax®

Budésonide

Composition :
Budésonide (DCI) 100 µg
Excipients q.s.p. 1 dose
Excipients à effets notoires :
Chlorure de Benzalkonium,
Glucose.

Forme Pharmaceutique :
Suspension liquide. Flacon
pulvérisateur de 200 doses.

**Mode et voie
d'administration :**
Voie nasale.

**Précautions particulières
de conservation :**
Ce médicament doit être
conservé à une température
< 30°C et à l'abri de la lumière.
Maintenir le flacon en
position verticale.

AGITER AVANT EMPLOI



MEDINFAR

Aeromax®

Budésonide

Nasal
100µg/dose

Suspension aqueuse
pour pulvérisations
nasales

200 doses

6 118001 110360



Flacon pulvérisateur

Aeromax® 100µg/dose