

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 | adhésion@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

N° W21-801087

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1278	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : MEZZARZ MOHAMED			
Date de naissance : 15/09/1987			
Adresse :			
Tel : 0661098882 Total des frais engagés 1265,70 Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :	27-05-23	
Nom et prénom du malade :	MEZZARZ RAZANE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	rhume 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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **27/05/2023**

VOLET ADHERENT

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LES PETITS HABITS 11-07-2023 : 05 31 11 58</i>	<i>27.07.2023</i>	<i>365,70</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

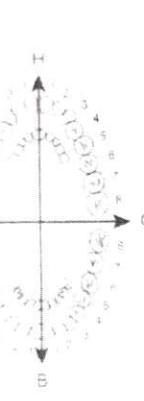
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>01433551</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>05493411</td> <td>01433551</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		05533412	01433551	00000000	00000000	D		00000000	00000000	05493411	01433551	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	05533412	01433551																	
	00000000	00000000																	
	D																		
00000000	00000000																		
05493411	01433551																		
B																			
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Révision et Therapéutique nécessitant à la fois : fixation</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

عيادة الدكتور نور الدين الجميلي

Cabinet Médical Dr Noreddine Jmili

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



اختصاصي في الأمراض الصدرية والتنفسية
مسؤول سابق عن وحدة صحية مصلحة
الأمراض الصدرية والتنفسية
بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

MEG ZA AI

Rabat, le

27/05/13

الرباط في

~~2 صابون 32.3 = 75.30 د~~
17, Lot. 1, Sidi Ayyoub
Rabat - Tél.: 05 37 71 11 58

~~20.00 x 3 = 60.00 د~~
+ Risonef

16.30 د

Enaltec (40g): 1 كيس 32.5 x 10 د
Kopred 20 (creme): 1 كيس 1/2 د
لانتاغريل 100 مل x 6 د

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

05 37 68 65 68 ، زنقة الأشعري شقة 1، أكدال - الرباط / الهاتف:

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

Site-Web: dr-jmili-pneumo.ma

Mail: jmipno@hotmail.fr

~~Dr. Noreddine Jmili
Spécialiste des maladies
chirurgie thoracique et pulmonaires~~

Kopred®

Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés effervescents

PHARMAY 5

Composition

Prednisolone.....20 mg
(sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p...1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التركيب :
بريدنيزولون 20 ملخ

(على شكل ميسلفونبنزوات الصوديوم)
سواغ كمية كافية فوار
سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، الصوديوم

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملخ

عن طريق الفم
قرصا فوار

20

PHARMAY 5

LOT : 4115
PER : 12 - 25
P.P.V : 36 DH 40

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00
PER: 10/25
LOT: L3706

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N°301/17 DMP/21/NRQ

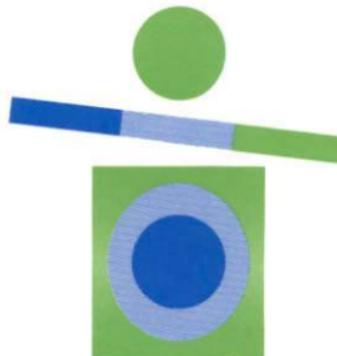
Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



arôme banane



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

PRINCIPE ACTIF :

Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycérol,
parahydroxybenzoate de méthyle,
parahydroxybenzoate de propyle,
acétate de sodium, acide acétique,
saccharine sodique, sorbitol,
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notoire : sorbitol,
parahydroxybenzoate de méthyle et
de propyl, propylène glycol et glycérol.

INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

Curtec®

Cétirizine 1mg / ml
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00
PER: 10/25
LOT: L3706

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N°301/17 DMP/21/NRQ

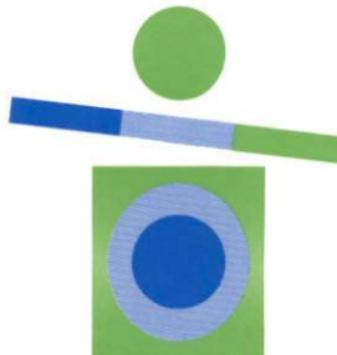
Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



arôme banane



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

PRINCIPE ACTIF :

Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycérol,
parahydroxybenzoate de méthyle,
parahydroxybenzoate de propyle,
acétate de sodium, acide acétique,
saccharine sodique, sorbitol,
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notoire : sorbitol,
parahydroxybenzoate de méthyle et
de propyl, propylène glycol et glycérol.

INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

Curtec®

Cétirizine 1mg / ml
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



PPV:20DH00
PER: 10/25
LOT: L3706

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABLEAU C (LISTE II).

AMM N°301/17 DMP/21/NRQ

Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

Solution buvable 60 ml



arôme banane



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1mg / ml

PRINCIPE ACTIF :

Dichlorhydrate de Cétirizine : 1 mg / ml

EXCIPIENTS :

propylène glycol, glycérol,
parahydroxybenzoate de méthyle,
parahydroxybenzoate de propyle,
acétate de sodium, acide acétique,
saccharine sodique, sorbitol,
arôme banane...q.s.p un flacon.

Excipients à effet notoire : sorbitol,
parahydroxybenzoate de méthyle et
de propyl, propylène glycol et glycérol.

INDICATIONS :

- Rhinites allergiques saisonnières et perannuelles
- Urticaires
- Conjonctivites allergiques (enfant de plus de 12 ans)

Curtec®

Cétirizine 1mg / ml
Solution buvable 60 ml



6 118000 041153

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

5 مل التركيبة :
2 مل سالبوتامول سولفات
السواغات : الكمية الكافية
سواغات ذات تأثير معروف : ميتيول برابين - سوربيتول
- الغليسيرين
الجرعة : دواعي، موانع واحتياطات الاستعمال :
الرجو قراءة النشرة بالداخل
الرجو استشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث مشاكل
مرتبطة بكيفية استعمال الدواء
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25°C و بعيداً عن الضوء
فقط بوصفة الطبيب

INALER® 2 mg/5 ml

Solution buvable 
Flacon de 100 ml



6 118000 070542



بترخيص من الدواء أو نينون



المنطقة الصناعية، عين حرودة غرب،
الطريق الجهو رقم 322 (الطريق الثاني 111 سابقا)
كلم 12.400 عين حرودة 28630 المحمية

INALER®

Salbutamol

2 mg/5 ml

Solution buvable

Flacon de 100 ml

Voie orale

16, 30



SINGULAIR®

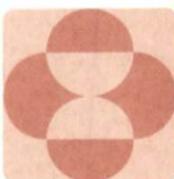
4 mg

granulés

Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



027734
0041500306

02-2024

Lot

EXP

Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.
Voie orale.

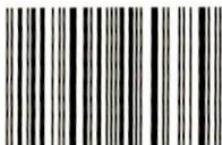
Lire la notice avant utilisation.

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

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >



SINGULAIR®

4 mg

granulés

Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



027734
0041500306

02-2024

Lot

EXP

Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.
Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

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

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >



SINGULAIR®

4 mg

granulés

Montelukast

Pour les enfants de 6 mois à 5 ans

28 sachets.



027734
0041500306

02-2024

Lot

EXP

Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.
Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

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

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 251,00 DH



6 118001 160389 >