

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-798969

167249

Pay Piourou

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8495

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EGALHI HABIBA 25-2

Date de naissance :

14 MAI 1965

Adresse :

EGALHI R. ROYAL AIR MAROC - TAN  
615238516

Tél. :

Total des frais engagés

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. MEDICAL 1 A.M.I.  
Professeur Abdellatif El Ghoul  
Dpt d'Orthopédie Val de R. de  
et Faculté de médecine Paris  
2 Rue Al Abdellatif - Bouskoura - Rabat  
B: 05 37 26 08 29 C: 06 68 45 92 52

Date de consultation :

18 MAI 2023

Nom et prénom du malade :

MM HABIBA OUISSAL Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Spasmodique

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'at

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 : 28 / 06 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-798969

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

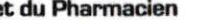
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

#### **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
18 MAI 2023	C3		300	IN 101687781 Dr. Mohamed Projet

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Montawaf Bettana N°1, Rue Boukkala, Bettana - Sale* INP: 182061670 Tél: 06 44 45 06 16 GSM: 06 44 45 06 16	18-05-23	8.11.20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### **AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

#### **VOLET ADHERENT**

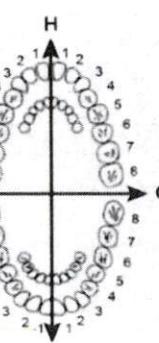
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 d

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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Docteur  
Mohamed LAAMIM**

Professeur Assistant de  
Pneumologie - Allergologie

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de PARIS  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
(Val de Grace)



18 MAI 2023

Rabat, le: .....

**الدكتور  
محمد لعيم**

أستاذ مساعد في أمراض التنفس  
و الدنسائية و الضيق

اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا  
خريج كلية الطب بباريس  
رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس  
بالمستشفى العسكري

Nom: HAJJI original  
110,00  
1) Metamiz 2 poche le matin + 1 unité  
291,00 2 poche le matin + 1 unité  
2) Foster 2 poche le matin + 2 poches  
195,20 2 poches le matin + 1 unité  
3) Xylofon 1cp/j + 0,75 - 1 unité  
95,00 1 cp le matin + 1 unité  
4) Extramax 1 cp le matin + 1 unité  
99,70 1 cp le matin + 1 unité  
5) Laxikten 20 1 cp le matin + 1 unité  
6) Frakidex 1 cp le matin + 15g  
20,80 1 aff le matin + 15g  
811,70



**Dr. Mohamed LAAMIM**  
Professeur Assistant Pneumologue et Allergologue  
Diplôme de la Faculté de Paris  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
2, Rue Al Abdari, Av Hassan II, Rabat  
Tél : 05 37 26 08 29 - GSM : 06 68 45 92 52

Radiographie Thoracique  
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)  
كشف الوظيفة التنفسية

Branco-Fibro  
الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques  
الاختبار الجلدي للحساسية

BAUSCH + LOMB

Pommade ophtalmique / كريم العين

جنيهات مصرى / جنية / جنية مصري / جنية مصرى

Phosphate sodique de dexaméthasone / سulfate de framycétine

# FRAKIDEX® فراكيديكس

جنيه  
NE PAS AVALER

RESEPTIFER LES DOSES PRESCRITES  
لا يزيد عن الجرعة الموصى بها

Frakidex est une marque déposée de  
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses  
filiales. © 2020 Bausch & Lomb  
Incorporated ou de ses filiales.

• 25 جرام في حبة كل 48 جرام في البottle  
ENFANTS. A conserver à une température  
NE LAISSER NI À LA VUE DES

لire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil  
INDICATIONS ET POSOLOGIE :  
NE LASSEZ NI À LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température  
infrérieure à 25°C.

49314FS57277-MAG

3/18/08/20

27/20/92

13581 Berlin, Allemagne  
Brunsbutterer Damm 165/173  
Chem.-pharm. Fabrik GmbH

Dr. Gerhard Mann

Dr. Gerhard Mann

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

جنيه / جنية / جنية جنية

34961 Montpellier Cedex 2, France  
416, rue Samuel Morse - CS 99535  
LABORATOIRE CHAUVIN

DETECTEUR DE LA D.E. / DELAMM:  
جنيه / جنية / جنية جنية جنية

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDN MWN

30 comprimés  
Voie orale

LOT : 14522014  
PER : 10/2027  
PPU : 99,70 DH

**LABIXTEN®**  
**20 MG** Bilastine



FAES FARMA

# Extra mag<sup>®</sup>

TRIPLE ACTION

1 PRISE / JOUR  
Soit 100 % des AJR

- MAGNÉSIUM MARIN
  - 'Participe à la résistance au STRESS'
- VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM
  - ?Contribuent à réduire la FATIGUE



• VERVEINE

3 Aide à l'endormissement en cas de TROUBLES DU SOMMEIL

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP



Barcode  
3 760162 579741

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2020  
04/2020  
02/2020  
04/2020  
02/2020  
04/2020

**30** Comprimés tri-couches  
Complément alimentaire Poids net : 31,5 g

**COOPER**  
PHARMA

**400 mg**

WFL 2017

# Xyflo®

Moxifloxacine Hydrochloride

**Voie orale**



**7**

Comprimés  
enrobés

Lot N°

L 0 T 2 2 0 0 1

Exp

P E R 0 1 / 2 4

PPV

F P V 1 9 5 D H 2 0



Avant la délivrance aux patients, conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C.

Après délivrance aux patients:

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Pour les Pharmaciens:  
Inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'œuf, et coller l'étiquette sur l'inhalateur.

S'assurer qu'il y a une période d'au moins 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'œuf.

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

**FOSTER®**

100/6 microgrammes/dose  
solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bêcloméstone /  
fumurate de formotéroï dihydraté

CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.  
via Palestro, 26/A - Parma - Italia

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
Via Palestro, 26/A - Parma - Italia

PROMOPHARM S.p.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
Via Palestro, 26/A - Parma - Italia

Date de  
délivrance :

..... / ..... / .....

..... / .....

..... / .....

..... / .....

..... / .....

..... / .....

LISTE I

Foster 100/6µg, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

**FOSTER®**  
100/6 microgrammes/dose  
solution pour inhalation en flacon pressurisé  
dipropionate de bêcloméstone /  
fumurate de formotéroï dihydraté

فاستر®  
120 Doses

وغيرها من المكونات الفيتوبيوتامون.

وغيرها من المكونات الفيتوبيوتامون.

ميكرو غرام / مقدار

100/6 ميكرو غرام / مقدار

Ex: dx

Fab: :

Lot: :

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
SOUMIS A PRESCRIPTION MÉDICALE



18D9301/01  
1159115  
04/2022  
12/2023

**Chiesi**

Ex: dx  
Fab: :  
Lot: :

1159115  
04/2022  
12/2023

**Cipla MROC**

SOIR  MATIN  MOI  QUOTIDIEN



140 x

Suspension  
pour  
l'irritation  
nasale

Viale nasale

50 µg

MOMETASONE  
FURATE  
METANAZ®

LOT: GA20441

PER: 05/2024

PPV: 110 DH 00

**Cipla**  
Etiquette

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

**Nom et prénom :**

ESSALHI ABDELAZIZ

**Matricule :**

8495

N° CIN :

**Adresse :**

2, FMB, KHALFIA, BENTANA - SAÏDÉ

**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

**Je soussigne :**

DR LAAMIM M

Spécialité :

Pneumologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. + HAJI OUISSAL 101087781

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

asthme bronchique sévère associé à une rhinité de nature allergique + urticaire

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Foster  
125ml 0,05  
Xycf

Ladiskell 20.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 121815 le / 21/JUIN 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed LAAMIM  
Professeur de médecine Allergologie  
Dictionnaire de médecine  
et Faculté de médecine Paris  
2, Rue Al Andaloussi, Casablanca  
B: 05 37 26 08 29 GSM: 06 68 45 92 52

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées