

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-772826

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7284 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN BRAHIM Mohamed

Date de naissance : 16/01/1965

Adresse : 173212

Tél. : 0661 51 22 60 Total des frais engagés : 660 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/06/2023

Nom et prénom du malade : BEN BRAHIM MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : BRONCHITE

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

12/06/23

Le :

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 du Medecin attestant le Paiement des Actes
12/06/2023	CS	1	3000H	
	Nebulisation	1	1500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/06/2023	114420

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
		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 canalaires, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 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	

Docteur Chaimaa Farissi

Pneumophysiologie, Asthme et Allergie
Endoscopie, Exploration fonctionnelles respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement,
Aide au sevrage tabagique
Consultation Sur Rendez-Vous



الدكتورة شيماء فريسي

أمراض الجهاز التنفسي الربو والحساسية الفحص بالمنظار
قياسات وظائف الجهاز التنفسي فحص اضطرابات النوم
و الشخير المساعدة للاقلاع عن التدخين
الفحص بالموسد

ORDONNANCE

Fait à Casablanca..... le 12/06/2023

- BENBRAHIM MSHAMED.

Attestation des honoraires

- Consultation 300 dhs
- Nébulisation 150 dhs

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

Adresse : Lotissement Messimi lot 48, Appt 3B 3ème étage

En face de Marjane Hay El Hassani

Tél. fixe : 05 29 96 03 98 | Portable : 06 79 51 61 45 | Urgence : 06 11 58 51 58

E-mail : Chaimaa.farissi@gmail.com

Docteur Chaimaa Farissi

Pneumophtysiologie, Asthme et Allergie
Endoscopie, Exploration fonctionnelles respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement,
Aide au sevrage tabagique

Consultation Sur Rendez-Vous



الدكتورة شيماء فريسي

أمراض الجهاز التنفسي الربو و الحساسية الفحص بالمضار
قياسات وظائف الجهاز التنفسي فحس اضطرابات النوم
و الشخير المساعدة للاقلاع عن التدخين

الفحص بالموعد

ORDONNANCE

Fait à le 12/06/2023

Mohamed BEN BRAHIM

950.00
+ Efloxiu 500 mg



1/8



189.50
+ FORTONAL 200



2 bouffes x 2 j. part 3 sem.

34.7

+ Pectyl sirop 1 can x 3 j.



Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

2 - 04/14/20

Adresse : Lotissement Messimi lot 48, Appt 3B 3ème étage

En face de Marjane Hay El Hassani

Tél. fixe : 05 29 96 03 98 | Portable : 06 79 51 61 45 | Urgence : 06 11 58 51 58

E-mail : Chaimaa.farissi@gmail.com

Lot :

PPV :

Exp :

LOT : 230068
EXP : 02/2028
PPV : 95,00DH

إفلوكسان[®]

ليفوفلوكساسين

500 ملغ

عن طريق الفم

7 x 

أقراص ملبسة قابلة للكسر

مدة 4  صباح  زوال  مساء

EFLOXIN[®]

Comprimés pelliculés sécables



6 118000 082903



COOPER
PHARMA

Lot :

PPV :

Exp :

LOT : 230068
EXP : 02/2028
PPV : 95,00DH

إفلوكسان[®]

ليفوفلوكساسين

500 ملغ

عن طريق الفم

7 x 

أقراص ملبسة قابلة للكسر

مدة 4  صباح  زوال  مساء

EFLOXIN[®]

Comprimés pelliculés sécables



6 118000 082903



COOPER
PHARMA

200

foracort inhalateur

Maintenant, suivez le nombre de doses (pouffées) restantes (البقايا) عدد الجرعات المتبقية



Indicateur de dose

مؤشر الجرعة

120 جرعة مقننة

فورموتيرول فومارات ثنائي
الهيدرات و بوديزونيد 200/6 مكغ

فورا كورت

جهاز للاستنشاق

200

مع

مؤشر الجرعة



Cipla Maroc

9
LP

كل نفخة تسلم:

فورموتيرول فومارات ثنائي الهيدرات.... 6 مكغ

بوديزونيد 200.... 6 مكغ

تيفرا افلبروايثان..... 6 مكغ

سواغ ذات تأثير معروف: لا ينطبق

انظر النشرة للمزيد من المعلومات

تحذيرات:

يحفظ بعيدا عن متناول و مراءى الأطفال

يخزن في درجة حرارة لا تتجاوز 30

درجة مئوية لا يجمد

و عاء مضغوط يخزن بعيدا عن الضوء والحرارة

لا يتقب، يكسر أو يحرق حتى عندما يبدو فارغا

جدول 1 (نسخة 1)

احترم مواصفات الموصوفة

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

الجهة المصنعة

Cipla Ltd.

بلوت 9 و 10، اندور المناطق الاقتصادية الخاصة

بيشامبور، دبست، دهار (M.P) 454775

الهند

سيلا المغرب

ص ب 11850-4491

أم عزة، عين عودة

PPV: 189 DH 50

S/N 23638746706546

EXP 07/2024

LOT 1821050

GTIN 1890117248882



PPV 34DH70

EXP 02/2026
LOT 32021 3

PECTRYL[®]

**SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP**

250 ml