

## 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 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-804295

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ESA Lh. ABDELAZIZ

Nom & Prénom : 14 Mars 1965

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : ESA Lh @ ROYAL AIR MAROC AM

Tél. : 066 1938516 Total des frais engagés : 885,- Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohamed L. AAM  
Professeur ASS. Professeur de Pathologie  
Diplômé en Pathologie  
et Faculté de Médecine  
2, Rue Al Abdou Moukhtar  
B: 05 27 70 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 Mars 2023

Nom et prénom du malade : HAJI WISSAL

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Marrakech Le : 15 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804295

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



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
21 JUN 2023	C3		300 <sup>21</sup>	INP : <u>101087781</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moustawsaf Bettana Tél : 05 37 80 64 40 GSM : 06 40 49 66 18 N°4, Rue Doukha, Bettana - Salé	21.06.23	585.30

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.

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	INP : <u>101087781</u>																					
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B		B																							
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Docteur  
Mohamed LAAMIM

الدكتور  
محمد لعيميم

Professeur Assistant de  
Pneumologie - Allergologie

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



21 JUIN 2023

Rabat, le: .....

أستاذ مساعد في أمراض التنفس  
و الحساسية و الضيق

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

MMY HAZI OUISSAL

291.00

41 Foster

119.10 2 Diffes x 2/5 x 1 unit

21 Disenel 0.05

99.70 2 ph de water x 1 unit

75.50 1 cp de water x 1 unit

41 Xycet 1 cp le soir x 1 unit

585.30

DR. MOHAMED LAAMIM  
Professeur  
2, Rue Al Abdari 1er étage - Rabat  
B: 05 37 26 08 29 - GSM: 06 68 45 92 52

Pharmacie Moustansel Bettana  
Rue Doukela Bettana - Salé  
Tél: 05 37 80 34 40  
GSM: 06 44 49 66 16

Radiographie Thoracique  
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)  
كشف الوظيفة التنفسية

Branco-Fibro  
الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques  
الاختبار الجلدي للحساسية





100/6 microgrammes/dose  
solution pour inhalation en flacon pressurisé  
dipropionate de bécloéthasone /  
fumarate de formotérol dihydrate

**FOSTER**

**FOSTER**

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

dipropionate de bécloéthasone /  
fumarate de formotérol dihydrate

فستار

ديروبيونات البكلوميثاسون  
وفومارات الفورموتيرول المميه.

100/6 ميكروغرام / مقدار

**120 Doses**

**Chiesi**

Exp.: 12/2023  
Fob.: 04/2022  
Lot: 1159115



3

Pour une dose mesurée : 100 µg de dipropionate de bécloéthasone et 6 µg de fumarate de formotérol dihydrate. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de dipropionate de bécloéthasone et 5 µg de fumarate de formotérol dihydrate. Excipients : éthanol anhydre, acide chlorhydrique, Norflurane (HFA 134a); Solution pour Inhalation en flacon pressurisé.

1 cartouche contient 120 doses.

Solution pour Inhalation.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Utilisation pour adultes. Foster n'est pas recommandé aux enfants et adolescents en dessous de 18 ans.

La cartouche contient un liquide pressurisé. Ne pas exposer à des températures supérieures à 50°C. Ne pas percer la cartouche. Maintenir le flacon pressurisé vertical pendant l'inhalation.

Soumis à prescription médicale.

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'étui, et coller l'étiquette sur l'inhalateur.

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

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

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

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

PPV : 291DH00

LISTE I



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE**

**Chiesi**



3

30 comprimés  
Voie orale

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

**LABIXTEN<sup>®</sup>**  
**20 MG** **Bilastine**



5 mg

ل. د. الحواس  
**Xycet®**

Lévocétirizine dihydrochloride

**Voie orale**



**30**

Comprimés  
enrobés

7510



# ريزونيل®

## %0.05

عن طريق الأنف  
بخاخ للأنف

فيروات الموميپازون



غ 18

**b**

bottu س.ا.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

N° du Lot

2220

Date Per.

5

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04