

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

### Déclaration de Maladie

N° W21-804295  
*174626 cr*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8495</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :			
Date de naissance :		<b>14 MAIS 1965</b>	
Adresse :		<b>ESSA Ch. @ ROYAL AIR MAROC AM</b>	
Tél. : <b>066 1238916</b>		Total des frais engagés : <b>885 Dhs</b>	
Cadre réservé au Médecin <i>Dr. Mchamed I. RAM Professeur Ass. Prof. Dr. Mchamed I. RAM Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca et Faculté de Médecine de Tunisie 2, Rue Al Abdellah - Casablanca 20000 Téléphone: 06 60 45 92 52</i>			
Cachet du médecin : <i>24 JUIN 2023</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie :			
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 : <i>RAM</i> Le : <i>15 / 08 / 2023</i>			
Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i>			

**VOLET ADHÉRENT**

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).

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
21 JUIN 2023	CB		300 <sup>20</sup>	INP : 101057761 Dr. Professeur Dinh NAM W

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>macie Moustawsaf Bettana</b> Tél : 05 37 80 54 40 GSM : 06 44 44 56 10 Rue Doukkaia, Bettana - Sétif 	21.06.93	585,30

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

— VOLET ADHERENT

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

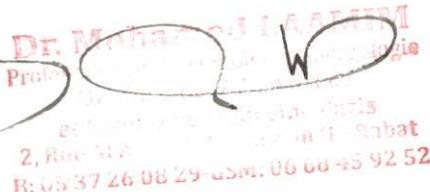
Docteur  
Mohamed LAAMIMProfesseur Assistant de  
Pneumologie - AllergologieDiplômé de la Faculté de  
Médecine de PARIS  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
(Val de Grace)

21 JUIN 2023

Rabat, le: .....

أستاذ مساعد في أمراض التنفس  
و الحساسية والضيقاختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا  
خريج كلية الطب بباريسرئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس  
بالمستشفي العسكري

Mme Hafsi Oussal  
291.00  
H1 Foster  
119.10 2 drffes x 21g + 1un  
H1 Tisunel 0,05  
99.70 2 jah le matin + 1un  
H1 Exclus 1cp le matin + 1un  
75.50 H1 Xycels 1cp le matin + 1un  
585.30





formoterol dihydraté  
dipropionate de bêclométabone /

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

**FOSTER®**

**FOSTER®**

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

dipropionate de bêclométabone /  
fumarate de formoterol dihydraté

فست®

دیپروپونات البکلومیتاسون  
و فومارات المورموتیرون الممی.

100/6 میکروغرام / مقدار

**120 Doses**

**Chiesi**

12/2023  
04/2022  
1159115

Exp.:  
Fab.:  
Lot:

3

Pour une dose mesurée : 100 µg de

dipropionate de bêclométabone et 6 µg de fumarate de formoterol dihydraté. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de dipropionate de bêclométabone et 5 µg de fumarate de formoterol dihydraté. 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'inalateur.

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'étui.

Excipient à effet notable: 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 PRESCRIPTIONS**

**SOUmis A PRESCRIPTION MEDICALE**

3



30 comprimés  
Voie orale

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

**LABIXTEN®**  
**20 MG** Bilastine



IBERMA



FAES FARMA

**5 mg**

# Xycet®

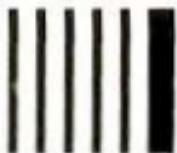
Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



**30**  
Comprimés  
enrobés

2510



**ريزونييل®**

**%0.05**

**عن طريق الأنف**

**بخاخ للأنف**

**فيروات العميق طازون**

**غ 18**

**جرعة 140**



**bottu**

**82, allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca**

**S. Bachouchi - Pharmacien Responsable**

**N° du Lot**

**22-0**

**Date Per.**

**5**

**P.P.V: 119,10 DH**

**A20010353/04**