

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.

N° W21-818357

Couleur

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 84-95	Société : RAM	105299	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZZ			
Date de naissance : 14 MAIS 1965			
Adresse : ESSALHI @ ROYAL AIR MAROC - com			
Tél. : 0665233516			Total des frais engagés : 1711, Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Pr. Mohamed LAAMIM Président Ass. Précip. Projets et Politique Président du Comité de Gestion et Bureau de Médecine de la M. 2, Rue Al Attar - Casablanca Hassan II - Maroc Bab 37 26 08 29 - 0522 06 68 45 92 52 21 SEP. 2023
Cachet du médecin :	<i>YOUSSEF HADJ OUTSAL</i>
Date de consultation :	Age:
Norm et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Affectif</i>
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 : *RAM* 25/11/23 Le : *1*
Signature de l'adhérent(e) : *25/11/23*

VOLET ADHERENT	N° W21-818357
Déclaration de maladie	Matricule :
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	Nom de l'adhérent(e) :
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	Total des frais engagés :
	Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANCES 36.08.39-CSN 06.08.45.94.52

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
W pharmacie Modulax Bettanay 05 37 80 04 48 05 37 80 04 16	20-09-23	1411.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

N°4, RUE D'OURME Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
</td			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>
D	00000000	00000000	<input type="text"/>	
B	35533411	11433553	<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
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

**Docteur
Mohamed LAAMIM**



Professeur Assistant de
Pneumologie - Allergologie

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

**الدكتور
محمد لعميم**

أستاذ مساعد في أمراض التنفس
و الحساسية والضيق

اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس

رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفي العسكري

20 SEP. 2023

Rabat, le:

جعفر حاتم عيسى

29/10/2

1/1 Foster

1/19. 10/2 2 شفاف * 2 لج 2 لج

2/1 Ondasal 0,05

99.70/2 2 لج le matin

3/1 Lactate 20

84/2 1 لج le matin

4/1 Bimag 300 1 لج le matin * 2 لج

73.40/2

5/1 Enplus 1 لج le matin * 2 لج

6/1 Calcifruat 4 لج

38.70/2

14.11.80

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Assistant de Pneumologie et Allergologie
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
2, Rue Al Attar, 10100 Hassan II, Rabat
B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52

Radiographie Thoracique
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)

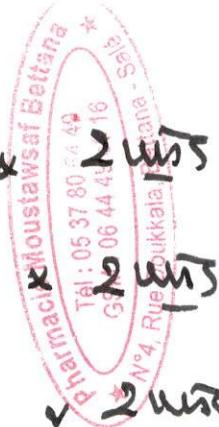
كشف الوظيفة التنفسية

Branco-Fibro

الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques

الاختبار الجلدي للحساسية



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
étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette
sur l'inhalateur.
assurer qu'il ya 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 100/6ug, 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 bêcloméfasoné /
fumarate de formotérol dihydraté
CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.,
Via Palermo, 26/A - Parma - Italie

 پرموفارم
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
Srl de CHIESI Farmaceutici S.p.A.
Via Palermo, 26/A - Parma, Italia

Date de
délivrance :

..... / /

Pour les Patients:

l'inhalateur ne doit pas être
utilisé après 5 mois de la date
de délivrance écrite par le
pharmacien sur l'étiquette
adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C

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

dipropionate de bêcloméfasoné /
fumarate de formotérol dihydraté

فستار

دبيروبيونات البكلوميتياسون
وformوات الفورموموتيرول المميه
100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses



6 118001 260447

81D93.01/01

 Chiesi

Exp.: 07/2024
Fab.: 11/2022
1165487
lot: 1165487



FOSTER®

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

dipropionate de bêclométabolone /
fumarate de formotérol dihydraté

فاستر

ديبروبينونات البكلوميتاسون
وفومارات الفورموميتيرول الممية.

100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses

Chiesi

07/2024
11/2022
1165487

Exp.:
Fab.:
Lot:



Pour une dose mesurée : 100 µg de dipropionate de bêclométabolone et 6 µg de fumarate de formotérol dihydraté. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de dipropionate de bêclométabolone et 5 µg de fumarate de formotérol 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 ent.

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 ya 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 SA.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

®

17

بِيمَاك® 300 ملぐ

PPC : 84,00 DH

مغنيسيوم - فيتامين ب 6



BIMAG® 300 mg

Magnésium - Vitamine B6

Fort



1 Comprimé / 24 h

Comprimé
BICOUCHE



30 Comprimés

Complément alimentaire - Poids net : 30 g

Ramo
Pharm

بِيمَاڭ® 300 ملخ

مغنسيوم - فيتامين ب 6

PPC : 84,00 DH

6 111255 810758

BIMAG® 300 mg

Magnésium - Vitamine B6

Fort



1 Comprimé / 24 h



30 Comprimés

Complément alimentaire - Poids net : 30 g

 Ramo Pharm

30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523010
PER: 03/2028
PPU: 99,70 DH

32
1621
1622

LABIXTEN®
20 MG ~~20 MG~~
Bilastine



FAES FARMA



LOT : 14523008
PER : 03/2028
PPU : 99,70 DH

30 comprimés
Voie orale

LABIX**TEN®**
20 MG 
Bilastine



إيرلوس® 5 ملغ



ديسلوراتادين

₢ 3,40



إيرلوس® 5 ملغ



ديسلوراتادين

₢ 3,40



حبة
ملبسة 28

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

לְסָבָב 20



לְסָבָב 2



לְסָבָב 2
לְסָבָב 2

LOT 29006 5
EXP 03/2026
PPU 38DH70

LOT 29006 5
EXP 03/2026
PPU 38DH70

Calcibronat® 2 g bronat® 2 g



MES
ENTS



20 COMPRIMES
EFFERVESCENTS

