

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 : 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° W21-818357

Coumer

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RIM 185299

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZIZ

Date de naissance : 14 Mars 1965

Adresse : AESSALHI @ ROYAL AIR MAROC - com

Tél. : 0665238516 Total des frais engagés : 17 II, Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 SEP 2023

Nom et prénom du malade : YVES HADI OUSSEAL Age: 58

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

Nature de la maladie : Specte

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 : Bordj 25 11 23 Le : 25 11 23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-818357

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
19 SEP. 2023	C3		3000 DH	IN: 101087781 Dr. Mohamed I. AMU Professeur des Universités Diplômé en Médecine

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20-09-23	1411.80

[illegible][illegible]

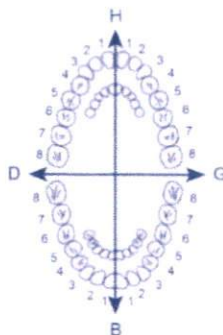
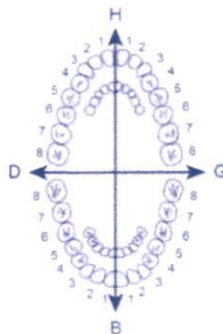
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> </table> <p>D</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1"> <tr><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> <table border="1"> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1"> <tr><td>00000000</td></tr> <tr><td>11433553</td></tr> </table> </div> </div>			25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412												
00000000												
21433552												
00000000												
00000000												
35533411												
00000000												
11433553												
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				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

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)

20 SEP. 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

Yusuf HAZOUSSAL

29/10/2

1) Foster

1/9/10/2 2 sufflets x 2/j

2) Couasal 0,05

99.70x2 2/j le matin

3) Labeteu 20

84x2 14 le matin

4) Bimag 300 1/j le matin x 2ms

73.40x2

5) Enflus 14 le soir x 2ms

6) Calcitrinat 14 le soir x 4ms

38.70x2

14/11/80

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Assistant de Pneumologie - Allergologie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
2, Rue Al Abdari 1er étage 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
 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.
 contiennent 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

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose
 solution pour inhalation en flacon pressurisé
 dipropionate de béclométazone /
 fumarate de formotérol dihydraté
 CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.,
 Via Palermo, 26/A - Parma - Italie



پروموفارم
PROMOPHARM S.A.

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

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 béclométazone /
 fumarate de formotérol dihydraté

فستار®

ديبروبيونات البكلوميثاسون
 وفومارات الفورموتيرول الممييه.

100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE



Chiesi

81D93.01/01

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



FOSTER®

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

dipropionate de béclométhasone /
fumarate de formotérol dihydraté

فستار®

ديبروبيونات البكلوميثاسون
وقومارات الفورموتيرول المميه.

100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses

 **Chiesi**

07/2024
11/2022
1765487

Exp.:
Fab.:
Lot:

 **Chiesi**

17

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

SOUIS A PRESCRIPTION MEDICALE

بیماف[®] 300 ملغ

مغنسيوم - فيتامين ب 6

PPC : 84,00 DH

6 111255 810758

BIMAG[®] 300 mg

Magnésium - Vitamine B6 Fort



1 Comprimé / 24 h

Comprimé
BICOUCHE



30 Comprimés

Complément alimentaire - Poids net : 30 g

**Ramo
Pharm**

بیماف[®] 300 ملغ
مغنسيوم - فيتامين ب 6

PPC : 84,00 DH



BIMAG[®] 300 mg

Magnésium - Vitamine B6 Fort



1 Comprimé / 24 h

Comprimé
BICOUCHE



30 Comprimés

Complément alimentaire - Poids net : 30 g

Ramo
Pharm

30 comprimés
Voie orale

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

3
123
LABIXTEN®
20 MG Bilastine



 FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

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

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA

إيرلوس[®] 5 ملغ

ديسلوراتادين



73/48



100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg

إيرلوس[®] 5 ملغ

ديسلوراتادين



73/48



100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg
100 mg

حبة
28
مليسة

عن طريق الفم



سنتيمريك

PPV

LOT

PER

البراق
قراص
20



البراق
قراص



مستوى
تحتوي كل حبة على 200 ملغ من

32

كالكسبرونات®

البراق
LAP 2006 5
البراق

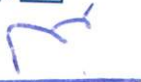


مستوى
تحتوي كل حبة على 200 ملغ من

32

كالكسبرونات®

البراق
LAP 2006 5
البراق



LOT 29006 5
EXP 03/2026
PPV 38DH70

LOT 29006 5
XP 03/2026
PV 38DH70

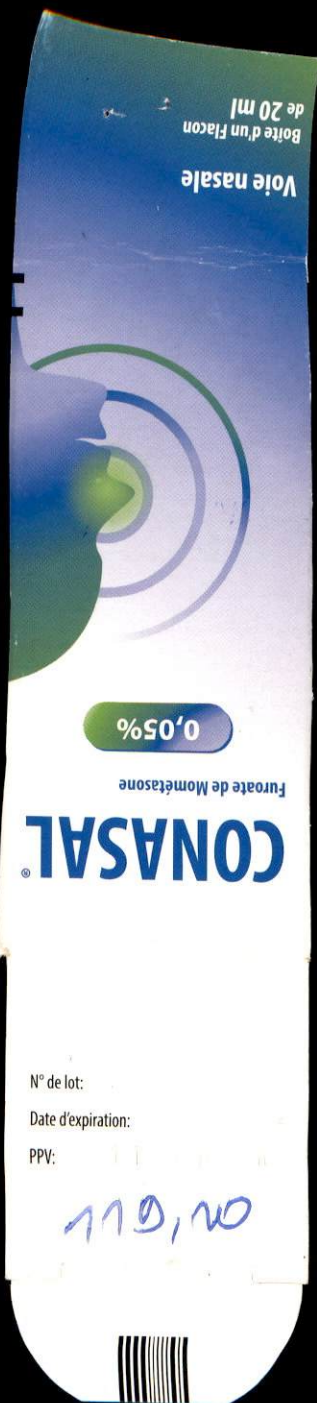
Calcibronat® 2 g bronat® 2 g

20 COMPRIMES
EFFERVESCENTS



MES
ENTS





CONASAL®

Furoate de Mometasone

0,05%

Voie nasale

Boîte d'un Flacon
de 20 ml

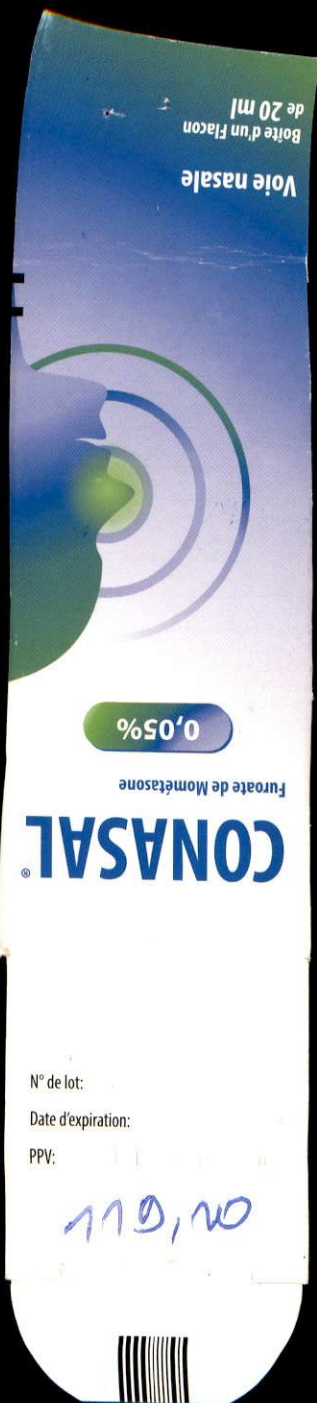
N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

119,20





CONASAL®

Furoate de Mometasone

0,05%

Voie nasale

Boîte d'un Flacon
de 20 ml

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

119,20

