

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-837816

1986/8



Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8495

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSALHI

ROYAL AIR MAROC

Date de naissance :

14 MARS 1965

Adresse :

AFSA CH. C ROYAL AIR MAROC.COM

Tél. : 0665 228596

Total des frais engagés : 1090,- DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOHAMED LASSIM

Professeur de Radiologie-Allergologie
Dir. Clinique à Grâce
et Clinique Médicale Paris
2, Rue Al Attar, Al Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 68 45 92 52

Cachet du médecin :

19 JAN 2024

Nom et prénom du malade :

Dr. MOHAMED LASSIM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection, symptômes

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

Pathologie :

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 :

13 MAR 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-837816

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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES CHAIS 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 JAN 2024	Gs		300 DA	<p style="text-align: center;">  Professeur Ass. 2e de Chirurgie Diplômé de l'UFR de la Faculté de Médecine 2, Rue Al Abdari, Av Hassan II, B: 05 37 26 08 29-GSM: 06 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Moustawsaf Bettana Tel: 05 37 80 40 40 GSM: 06 44 05 66 16 N°4, Rue Djoukkala, Bettana - Sale	10-01-24	720,80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H					
25533412	00000000	00000000	21433552	00000000	00000000
■			○		
00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET 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 لعيم**

أستاذ مساعد في أمراض التنفس
و الحساسية والضيق

اختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس

رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

19 JAN. 2024

Rabat, le:

نسمة حاج عيسى

99,00

11 Inj 20

1 gel à jeun

* 140M

21 Corasal 0,95
119,10

2 poche de matin

* 140M

31 FOSTER

291,00

2 gélules * 2/5

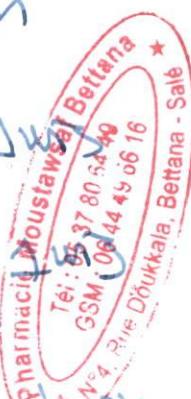
* 140M

41 Astrakin 8M

37,00

2 gélules à midi

cas de fièvre



31 Lactikten 20 cp de 20 * 1M5
99,70

41 Relaxium 3+5

99,00

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur AS/ Pneumologie-Allergologie

Diplôme du Val de Grace

et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av Hassan II - Rabat

Radiographie Thoracique
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle de l'Esophage (EFGE) - Gastroscopie - Tests cutanés allergiques
الفحص بالمنظار كشف الوظيفة التنفسية الإختبار الجلدي للحساسية

ésomeprazole

14 gélules

mg
20

Ineso

20
ملغ

إنسيزو إзоميبرازول

مُثبط مخصحة البروتون
يقلل من إفراز الحمض على مستوى المعدة

LOT: H1152
PER: 09/2025
PPU: 75,00 DH

14 كبسولة
حبوب صامدة
لعصارة المعدة
عن طريق الفم

Ineso 20 mg

14 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410430 9

صنعت من طرف :
مخترات ديفا للصيدلة Deva
ج. وأحدى صيدلي مسؤول

147-146 المنظمة الصناعية تطوير - الدار البيضاء



dipropionate de bêclométasone/
fumarate de formotérol dihydraté
solution pour inhalation en flacon pressurisé
100/6 microgrammes/dose

FOSTER®

FOSTER®

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

dipropionate de bêclométasone/
fumarate de formotérol dihydraté

فoster
فار

دبيروبيونات البكلوميتاسون
و فومارات الفورموموتيرول المعيي.

100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses

Chiesi

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



3

Pour une dose mesurée : 100 µg de dipropionate de bêclométasone et 6 µg de fumarate de formotérol dihydraté. Pour une dose délivrée : 84,6 µg de dipropionate de bêclométasone 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'inalateur.
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 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 PRESCRITES

SOUmis A PRESCRIPTION MEDICALE

15

®



30 comprimés
Voie orale

LOT: 14523011
PER: 03/2028
PPU: 99,70 DH

LABIXTEN® 20 MG Bilastine



FAES FARMA

albutamol
tholin®

sion
itron
risé

200 x

100 µg

Voie inhalée



plaMaroc

Cipla
Équateur

MA30003
03/2025
37 DH 00

Boîte d'un flacon
de 20 ml

Voie nasale

0,05%

Furoate de Mometasone

CONASAL®

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

01/06/11



Code : AC2 - 00160

RELAXIUM

1 gélule par jour

100 % magnésium
vitamine B6

VOIE ORALE
30 GÉLULES

LOT: 230852
DLUD: 10/2026
99,00DH

COMPLEXE RELAXANT

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.QUAJDI Pharmacien Responsable



146-147 Zi. Tiz Mellal - Casablanca