

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.

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° P19- 044586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM - Le 7/11/20

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-55

Adresse : Res. AZO HOUN 8 Rue Goul N'NA

Boulogne CASABLANCA

Tél. : 06 61 43 45 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 7

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

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 : Casablanca Le : 05 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Argane
Nezha El Aoud
 Docteur en Pharmacie
 199, Bd. Bourdeau - Casablanca
 Tel : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 20 19 11
092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

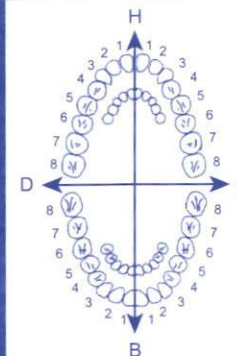
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

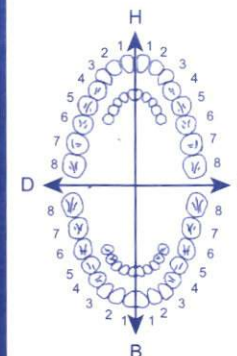
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne

R.C : 348506

Patente: 35405388

T.V.A :

C.N.S.S: 2362995

Banque: BCM 178S000101

Tél : 022492171/72

Le 04/11/2020

FACTURE N°1286818

N° ICE : 000573987000041

MR JOUDANE MOHAMED

N° IF : 40105446

1

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ATROVENT 0.5MG/2ML ADULTE	68,80	68,80		
<div></div>					

TOTAL T.T.C :

68,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante Huit Dirhams et 80 centimes.

 NOVARTIS

onbrez[®]
breezhaler[®]



150 microgrammes et 300 microgrammes
poudre pour inhalation en gélules

Maléate d'indacatérol

ONBREZ[®]BREEZHALER[®] 150 µg 
Poudre pour inhalation en gélule
Boîte de 30
PPV : 484 DH



6 118001 03 1115

Ventoline 5 mg/ml – solution pour inhalation par nébuliseur

Salbutamol

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il peut leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 29,50 DH



ID: 645445
6

Que contient cette notice ? :

1. Qu'est-ce que Ventoline et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ventoline ?
3. Comment utiliser Ventoline ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Ventoline ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que Ventoline et dans quel cas est-il utilisé ?

Ventoline contient du salbutamol qui fait partie d'un groupe de médicaments appelés bronchodilatateurs à action rapide. Les bronchodilatateurs à action rapide relâchent, en quelques minutes, les muscles des parois des petites voies respiratoires dans les poumons.

Ventoline est indiqué chez les adultes, les adolescents âgés de 12 à 18 ans et les enfants âgés de 4 à 11 ans (pour les bébés et les enfants de moins de 4 ans, voir rubrique 3).

Ventoline :

- aide à ouvrir les voies respiratoires dans les poumons et vous facilite la respiration,
- aide à atténuer l'oppression thoracique, la respiration sifflante et la toux qui sont associées à l'asthme.

Ventoline est utilisé pour traiter les problèmes respiratoires chez les personnes souffrant d'asthme (*maladie chronique inflammatoire des voies respiratoires*), de bronchite chronique (*inflammation des voies respiratoires*) et d'emphysème (*destruction progressive du tissu pulmonaire*). Son effet inclut le soulagement et la prévention des symptômes provoqués par l'effort ou par d'autres éléments déclencheurs. Les éléments déclencheurs courants incluent la poussière de maison, le pollen, les chats, les chiens et la fumée de cigarette.

Si votre asthme est fort actif (par exemple si vous avez des symptômes fréquents, des poussées fréquentes, ou une capacité physique restreinte), vous devez en informer votre médecin qui pourra instaurer un traitement par, ou augmenter la dose d'un médicament pour contrôler votre asthme, comme un corticostéroïde inhalé.

Ventoline solution pour inhalation par nébuliseur s'utilise pour traiter les problèmes respiratoires chez les personnes souffrant d'asthme ou d'autres affections des voies respiratoires. Ventoline solution pour inhalation par nébuliseur est habituellement prescrit aux personnes qui souffrent assez gravement de ces maladies, lorsque les autres formes de traitement ne sont pas suffisamment efficaces. Ventoline solution pour inhalation par nébuliseur est également utilisé pour traiter les crises sévères d'asthme.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ventoline ?

Information importante :

Ventoline solution pour inhalation par nébuliseur ne peut être utilisé que par inhalation à partir d'un nébuliseur et ne peut être ni injecté ni avalé, ni administré par le nez.

N'utilisez jamais Ventoline : si vous êtes allergique au salbutamol (la substance active) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament et mentionnés dans la rubrique 6.



PHARMACIE ARGANE

199 bd de bordeaux-bourgogne

R.C :348506

Patente:35405388

T.V.A :

C.N.S.S:2362995

Banque:BCM 178S000101

Tél :022492171/72

Le 04/11/2020

FACTURE N°1286818

N° ICE : 000573987000041

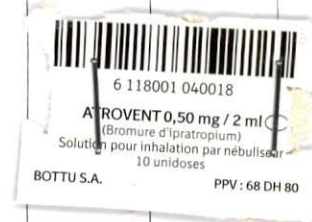
MR JOUDANE MOHAMED

N° IF : 40105446

1

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	VENTOLINE SOLUTION NEBULISEUR	29,50	29,50		
1	ONBREZ 150 / 30 GEL	484,00	484,00	31,66	7,00
1	ATROVENT 0.5MG/2ML ADULTE	68,80	68,80		



TOTAL T.T.C :

582,30

Nbr Articles	TVA 7% Base :	484,00	Montant :	31,66	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Deux Dirhams et 30 centimes.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

Je soussigné : Dr Rachid El Khettar

Certifie que : Mr Mohamed Joudane

Présente : BPCO sévère avec exacerbations fréquentes

Nécessitant un traitement d'une durée de : un traitement médical Permanent (à Vie)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) :

- Ventoline solution 0.5 pour cent (5Mg /ml)
- Atrovent 0,5mg /2ml
- Physiodose
- Ventoline suspension pour inhalation en flacon pressurisé
- Bronchodual solution pour inhalation
- Utibo breezhaler 110µg / 50µg
- Onbrez breezhaler 150 microgrammes
- Miflasone 400µg

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 001584533000041