

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-427447

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20678

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HAMRI Zahida

Date de naissance : 22/08/45

Adresse : 27-BL Boublane Appt 4 AGDAL/RBA

Tél. : 0661223402

Total des frais engagés : 1127,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdelkrim
Maladies Respiratoires - Allergies
22, Avenue Moulay Youssef - Rabat
Tél : 05 37 73 19 89 - 05 37 76 11 90

Date de consultation : 03.02.2020

Nom et prénom du malade : HAMRI Zahida

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Bronchopneumonie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

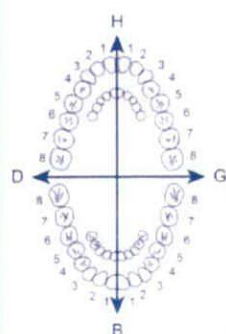
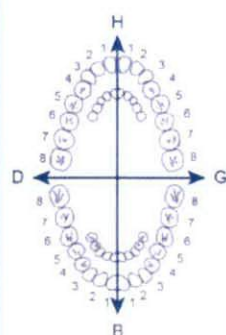
Le : 03 / 02 / 2020

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
03.02.2020	E.F.P. + B.D.	1430	7000	INP 102042561 Professeur Allard Maladies Respiratoires - Allerg 25 Avenue Moulay Tél : 06 27 79 13 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHLIFEN 2, Av. Michlifen Agdal - Rabat Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87	3/6/2020	427,30 INP 102042561

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		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															



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 03/02/2020

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : 10678

N° de poste :

Nom et Prénom de adhérent : HANRI Zoukda

N°Tél. bureau :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

N°Tél. domicile : 0861 223408

Professeur Abdelkrim BENNIS
Maladies Respiratoires - Allergies
22 Avenue Moulay Youssef - Rabat
Tél.: 05 37 70 11 90

A remplir par le praticien

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M : HANRI Zoukda

Nécessite : une Exploration fonctionnelle Respiratoire symptomatique avec bronchodilatation

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 1230

Une hospitalisation de : (Approximatif) :

A : (préciser l'établissement hospitalier) :

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Bronchopathie

Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Professeur Abdelkrim BENNIS
Maladies Respiratoires - Allergies
22 Avenue Moulay Youssef - Rabat
Tél.: 05 37 70 11 90

SIÈGE SOCIAL : AÉROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

Professeur Abdelkrim BENNIS

الأستاذ عبد الكريم بنيس

عيادة أمراض التنفس و السّل و أمراض الحساسية و أمراض السرطان الصدرية
22، شارع مولاي يوسف، الرباط

CABINET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE, D'ALLERGOLOGIE ET DE CANCEROLOGIE THORACIQUE

22, avenue Moulay Youssef, Rabat

الهاتف : 0537 73 13 09 / 0537 70 11 90 / 0623 18 22 03

يوم 03.02.2020 Le

9 NATURE faible

374 (16 cp) 8 jours
Cotipred 50 1 cp matin et soir 5 jours

48,50 A diluer dans une tasse d'eau
1 cp matin et soir 5 jours Avant les repas

52,80 Odes 50 1 gélule matin et soir 7 jours
Avant les repas

38,80 Fluebon 2 cuillères mesure 3 fois/j 7

175,00 Seretide 125 2 bouffées matin et soir

427,30 A poursuivre jusqu'à la
prochaine consultation

A réitérer si problème persiste
contacter
PHARMACIE MICHILLEN
2, Av. Michilken, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

Professeur Abdelkrim BENNIS
Maladies Respiratoires et Allergies
22, Avenue Moulay Youssef, Rabat
Tél : 05 37 73 13 09 - 05 37 70 11 90

1- DENC

FLUIE

Veuillez
avant de
Gardez
relire.
Si vous
doute, de
à votre p
Ce médic
le donne
symptôm
Si l'un de
remarque
remarque
cette no
pharmac

2- COM
Ambrox

Excipien
monohy
zoate d
arôme,
Liste d
sorbitol
parahyr

3- CLAS
MUCOL
(R: Syst

4- INDIC
Traitem
l'adulte,
aiguës
thies ch
Ce mé
tion par

5- POS
Posolo

ع
مل
ات

تركيب
أحد

Fluibron[®] 0,3%
Ambroxol

38,80



Fluibron[®]

Ambroxol
Sirop
Flacon 200ml
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240426

IRVE
solos
et s
d'a
orale
enc

MISES
RTICU

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

PHARMA
PER

OEDES 20mg

14 gélules



6 118001 100071

LOT 181762

EXP 08/2021

PPV 52.80DH

DENC
OEDE
COMI
Chaq
Excip
FORM
Micro
CLAS

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule, contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de *Helicobacter pylori* en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.
- Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien associé ou non à une œsophagite, en cas de résistance à la posologie de 10 mg d'oméprazole par jour.
- Traitement d'entretien des ulcères duodénaux chez les patients non infectés par *Helicobacter pylori* ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites par reflux gastro-œsophagien.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens lorsque la poursuite des anti-inflammatoires est indispensable.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (notamment âge supérieur à 65 ans, antécédents d'ulcère gastroduodénal) pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable.

Enfant à partir de 1 an :

- Œsophagite érosive ou ulcéreuse symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications :

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule :

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
- En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

COMPOSITION

Spiramycine 3 000 000 U.I

Excipients q.s.p 1 comprimé

AMM N° : 328DMP/21/NRQ

SPIRALIDE® 3MUI
Spiramycine

16 Comprimés sécables



PPV 112DH20
PER 06-21
LOT H1546

16

أقراص قابلة للكسر

سبيراليد®

سبيراميسين

3 م.و.د

عن طريق الفم

ب
82 ممبر الكاريزماتيك : ممبر الصبح الدار البيضاء
من الصيدلي : صيدلي مملوك

SECRETIDE

proprionate de fluticasone/
salmetérol

5

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 175,00 DH



6 118001 141869

ID : 629886



Lot

DY7U

EXP

03 2021

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

كو تبرد®

بردنزلون

(ميتا سلفوبيروات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 09-22

LOT : I2156

b

bottu s.a.

#2, Allée des Essarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

Professeur Abdelkrim BENNIS
Cabinet de Pneumo-phtisiologie, d'Allergologie et
de Cancérologie Thoracique
22, avenue Moulay Youssef, Rabat
Tél. 0537 70 11 90 – 0357 73 13 09

Le 03/02/2020

REÇU

Reçu de la part de MAMARI ZouBIDA

La somme de sept cent dirhams (700,00 DH) pour

- **Exploration fonctionnelle respiratoire :**
Spirométrie avec épreuve de bronchodilatation
(K30)

Cette somme est déjà portée sur la feuille de soins
de son assurance maladie.



Professeur Abdelkrim BENNIS
Maladies Respiratoires-Allergies
Cancérologie Thoracique
22, Avenue Moulay Youssef - Rabat
Tél.: 05 37 73 13 09 - 05 37 70 11 90

Professeur Abdelkrim BENNIS

Cabinet de Pneumologie, d'Allergologie et de Cancérologie thoracique


22, avenue Moulay Youssef, Rabat

Tél : 0537 73 13 09 – 0537 70 11 90

Date : 03/02/2020

Nom : HAMRI, Zoubida

**EFR : Spirométrie + épreuve de
bronchodilatation (K30)**



Professeur Abdelkrim BENNIS
Maladies Respiratoires-Allergies
Cancérologie Thoracique
22, Avenue Moulay Youssef - Rabat
Tél.: 05 37 73 13 09 - 05 37 70 11 90

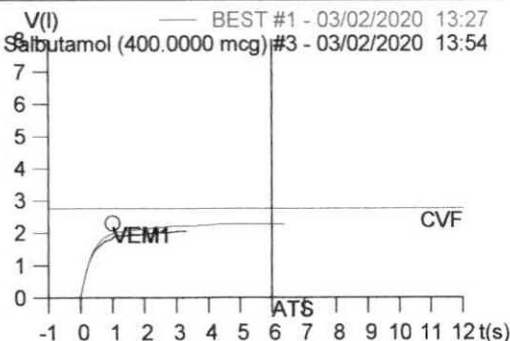
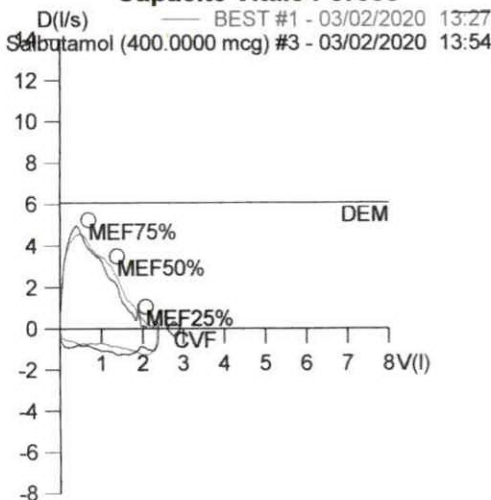
Professeur Abdelkrim BENNIS
Pneumologie - Allergologie - Cancérologie Thoracique
Compte rendu EFR - Spirométrie

Nom: MAMRI
Sexe: Femme
Date: 03/02/2020

Prénom: Zoubida
Age: 74

Taille (cm): 171.0
Poids (Kg): 76.0

Capacité Vitale Forcée



Capacité Vitale Forcée

Paramètre	UM	Pred.	TEST#1	%Pred.	POST#3	%Pred.	%Test#1
CVF	l(btps)	2.76	2.31	84	2.10	76	-9.3
VEM1	l(btps)	2.30	2.00	87	1.87	81	-6.7
DEM	l/sec	6.08	4.59	76	4.98	82	+8.6
DEF25-75%	l/sec	2.54	2.53	100	2.52	99	-0.5
MEF50%	l/sec	3.50	3.16	90	3.10	89	-2.0
MEF25%	l/sec	1.06	1.24	117	1.15	109	-7.1
TEF100%	sec		5.0		3.2		-35.2

Capacité Vitale Lente à l'inspiration et schéma ventilatoire

Paramètre	UM	Pred.	TEST#2	%Pred.
CVF	l(btps)	2.76	2.76	100

Conclusion

Volumes et débits ventilatoires dans les limites des valeurs normales, avec diminution modérée du débit de pointe. Amélioration peu significative après inhalation de salbutamol.

EFR MAMRI Zoubida 20 02 03