

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

- 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-661018

93371

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELOUANY SAID

Date de naissance : 31/03/1973

Adresse : 58, Rue Ibnou Fakir Tadj

Tél. : 057 Total des frais engagés : D

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : CHELOUANY Saïd Age :

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

Nature de la maladie : crise d'asthme

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 03/10/2019

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
23/10/21	9		2100 DA	INP : 091 10 92 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VELODROME BENJELLOUN Salma Docteur en Pharmacie 16, Rond Point des Sports Casablanca - Tél: 0522 36 20 65	23/10/21	1062,70

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	

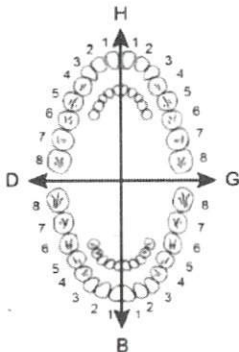
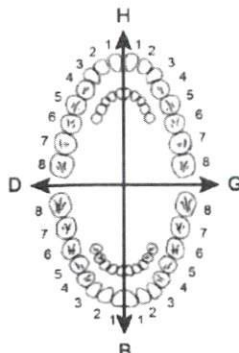
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC.

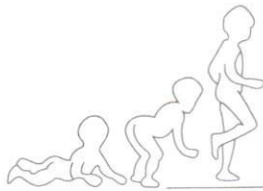
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input 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>21433552</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	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	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

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le 23/10/2021 في الدار البيضاء

Enfant Zineb CHETOUANY

Age : 9 ans et 6 mois

304



80,100

1) AZIMAX PDRE SUSP BUV 1500MG FL37.5 M

Donner 1 dose poids de 25 Kilos par jour, pendant 3 jours

58,140

2) EFFIPRED 20 MG CPR EFF SEC BTE :20

Prendre 3 comprimés par jour, pendant 5 jours

45,30

3) VENTOLINE (100µg) : FI/200d

Suspension pour inhalation en spray:

Flacon pressurisé de 200 doses avec valve doseuse et embout buccal.

prendre 2 bouffées matin, midi à 16 h et le soir pendant 7 jours

2x175,00

4) SERETIDE (125 µg/25 µg/dose) : FI/120doses

Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 1 mois

Puis Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 2 mois

Puis Prendre 1 dose le soir, pendant 1 mois

2x207,100

5) ROMILAST 5 MG BTE 30

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 2 mois

115,100

6) AVAMYS 27.5MCG/PULV FL120DOSES

Faire 1 pulvérisation le soir, pendant 2 mois

1062,170



1 boîte

1 boîte

1 boîte



9 boîtes

1 boîte

1 boîte



Pharmacie VELUDROME

BENJELLOUN Salma

Docteur en Pharmacie

16, Rond Point des Sports

Casablanca - Tél: 0522 36 20 65

Dr Khalid AMAR
Pédiatre
72, Bd Zerkouni, 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca
Tél: 0522 47 45 72 - G.S.M: 0661 41 15 87 - E-mail: k.amar@menara.ma

72, شارع الزركوني الطابق الرابع, الرقم 12, (قرب سوق الورود), 20140 الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni, 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca

Tél: 0522 47 45 72 - G.S.M: 0661 41 15 87 - E-mail: k.amar@menara.ma

• ROMILAST® 5mg ○

30 comprimés à croquer

Voie orale



6 118001 300334

ROMILAST® 5mg ○

30 comprimés à croquer

Voie orale



6 118001 300334

ROMILAST® 5mg

30 comprimés à croquer

Voie orale

Pharm. Romilast

100 rue de la République



EFFIPRED®

(Prednisolone)

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents **20 mg**



PRESENTATIONS

- Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg
- Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.

AZIX®

40 mg/ml Azithromycine
Poudre pour suspension buvable

Azix® 1500 mg
Azithromycine 40mg/ml
Poudre pour suspension buvable



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination commerciale: AZIX®

Principe actif : azithromycine dihydrate.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Azithromycine dihydrate correspondant à 40 mg par ml de suspension reconstituée.

Excipients : saccharose, phosphate trisodique anhydre, hydroxypropylcellulose, gomme xanthane, arôme cerise, arôme vanille et arôme banane.

FORME PHARMACEUTIQUE :

- AZIX® 40 mg/ml **Nourrisson**: poudre pour suspension buvable, flacon de 900 mg/22,5ml.
- AZIX® 40 mg/ml **Enfant**: poudre pour suspension buvable, flacon de 1500mg/37,5ml.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE ou type d'activité :

Antibiotique Antibactérien : macrolide.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est préconisé dans le traitement des infections ou surinfections bactérienne à germes sensibles.

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- hypersensibilité connue à l'azithromycine ou à tout autre macrolide.
- association avec la dihydroergotamine et l'ergotamine.
- association avec le cisapride.

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI :