

## 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'Horizon  
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° W21-709374

116528

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 116528 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SA R.H.M. S.M.D.

Nom & Prénom : FARHAT HAJAR

Date de naissance : 19.11.1972

Adresse : Res. Meyem, Apt. 04, 111 AM, BOULEVARD

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pediatre

Cachet du médecin :

487, Massira 1D Résidence Yasmira 2,  
3ème Etage, Appt. 7 - Marrakech  
Tél : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82 117

Date de consultation : 25.11.2022

Nom et prénom du malade : FARHAT HAJAR Age : 50 ans

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

Nature de la maladie : Toux

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 : Le : / /

Signature : /



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
25-06-2022	CS		300DH	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
72011471	25-06-2022	762,30

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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

## Docteur Ainabi Mourad

Spécialiste Pédiatrie Générale

Maladies adolescents, enfants, nourrissons  
Nouveau né et prématuré

Réanimation Néonatale & Néonatalogie  
Urgences Pédiatriques

Ex médecin Chef Service de Pédiatrie  
Maladies respiratoires & allergies  
Echographie



## الدكتور عينيبي مراد طبيب الأطفال

طب الأطفال، الرضع، الخدج والمراقبة

انعاش حديثي الولادة و الخدج  
المستعجلات

رئيس قسم الأطفال سابقا

أمراض الصدر و الحساسية  
الفحص بالصدى

Marrakech, le 25.04.2022

### Enfant FARHAT Hajar

Age : 9 ans 7 mois Poids : 39,50 Kg

PPV : 206,00 DH

PPC : 79,50 DH  
Lot: UT067  
A consommer de préférence avant le: 02/2024

PPV : 206,00 DH

48.00  
- Cotipred 20 mg  
2 cp /j le matin pendant 15 jours

16.30  
- inhaler sirop  
1 cuillère à café 3 fois /j pendant 7 jours

79.50  
- Curaler sirop  
1 cuillère à café 3 fois /j pendant 15 jours

206.00  
3  
- Flowair 5mg  
1 cp à croquer le soir pendant 3 mois

Dr. AINABI Mourad  
Pédiatre  
487, Massira 1D Résidence Yasmina 2,  
3ème étage, Apt. 7 - Marrakech  
Tél : 05 24 34 08 82 - INPE : 07 11 82.117

PPV : 206,00 DH



# INALER® 2 mg/5 ml

Solution Buvable

## COMPOSITION

Salbutamol (DCI) sulfate .....	2 mg
Excipients : q.s.p. ....	5 ml

## FORME ET PRESENTATION

Solution buvable dosée à 2 mg de salbutamol par 5 ml : flacon de 100 ml.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Bronchodilatateur Bêta-stimulant.

## NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle, Ouest Aïn Harrouda, Route Régionale  
Km 12.400 Aïn Harrouda 28630 Mohammedia

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

INALER® est indiqué dans le traitement symptomatique des bronchopneumopathies obstructives réversibles de l'adulte.

## CONTRE-INDICATIONS

*Ce médicament ne doit pas être utilisé dans le cas de :*

- Allergie à l'un des constituants.

*En cas de doute, il est indispensable de demander conseil à votre pharmacien.*

## MISES EN GARDE

- L'utilisation des bêta-2-mimétiques par voie générale chez les patients atteints d'une pathologie cardiaque préexistante méconnue. Dans ce cas, l'administration par voie inhalée doit être privilégiée car elle est plus efficace et mieux tolérée. L'efficacité/tolérance. Le médecin devra informer le patient que si un soulagement immédiat est nécessaire si le soulagement ne survient pas, il doit être observé après traitement.
- Si un patient développe en quelques jours une aggravation de sa maladie ou si un bronchodilatateur bêta-2-mimétique, on doit être vigilant quant au débit-mètre de pointe s'abaissent et/ou devient instable. Le médecin devra donc prévenir le patient de la nécessité d'une consultation immédiate, sans avoir au préalable dépassé le cadre de la conduite thérapeutique devra alors être réévaluée.
- Chez les enfants asthmatiques, l'association à un traitement par inhalation doit être envisagée dès qu'il est nécessaire de recourir à des médicaments aux bêta-2-mimétiques. Le patient doit, dans ce cas, être suivi de près. Son état clinique ne doit pas conduire à une modification de la dose ou à l'arrêt de la corticothérapie par voie inhalée, sans avis médical. L'attention des sportifs sera attirée sur le fait que certains médicaments actifs pouvant induire une réaction positive des tests antidopage.

فقط بوصفة الطبيب

INALER® 2 mg/5 ml

Solution buvable  
Flacon de 100 ml



6 118000 070542

16,30

# Cotipred® 20 mg

Prednisolone

## COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme de métrasulfobenzoate sodique) exprimé en base..... 20 mg  
Excipient q.s.p..... 1 comprimé.

Excipients à effet notoire : lactose, sorbitol (contenu dans l'arôme orange-pamplemousse)

## PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solubles effervescents avec barre de cassure.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## CONTRE-INDICATIONS :

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

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions).

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

## MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

## AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, d'infection (notamment antécédents de tuberculose artérielle, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (musculaire)).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

## PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de zona.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement.

recommandations de votre médecin pour la diminution de la dose. Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

## PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bédridil, érythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

## GROSSESSE - ALLAITEMENT :

**GROSSESSE :** Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

à lire : voir notice

PPV: 48DH50  
PER: 12724  
LOT: K3725