

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'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° W21-762898

139636

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8495

Société :

Ram

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ESSALHI

MBE LAZZ

Date de naissance :

14 Mars 1965

Adresse :

118, Tulle

Tél. :

0665 238116

Total des frais engagés :

2h 933,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Ass. Pneumologie Allergologie

Cachet du médecin :

Diplômé du Val de Grâce
et Faculté de Médecine Paris

2, Rue Al Abdary Av Hassan II - Rabat

B: 05 37 26 08 29 GSM: 06 68 45 92 52

Date de consultation :

20 SEP. 2022

Nom et prénom du malade :

MR HADI OUBRAH HAK

Lien de parenté :

☐ lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Obésité et diabète

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 : 25 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-762898

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 :

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

2-8-SEP-2022 30081 101037781

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Ass. Pneumologie Allergologie
Diplômé du Val de Grâce
Faculté de Médecine Paris
2, Rue du Général de Gaulle - 92522 B. 05 1 46 08 29 - 06 68 45 92 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Moustawsaf Bettana 29-09-22 633.50

INP 05 37 45 92 16
Rue Doukkala, Bettana - Salé

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

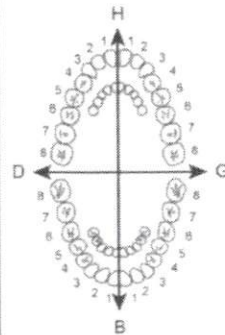
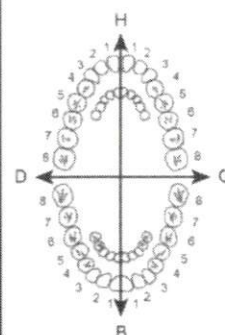
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur
Mohamed LAAMIM

الدكتور
محمد لعيم

Professeur Assistant de
Pneumologie - Allergologie

Diplômé de la Faculté de
Médecine de PARIS

Spécialiste des Hôpitaux des Armées
(Val de Grace)



أستاذ مساعد في أمراض التنفس
والحساسية والضييق
إختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس
رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

20 SEP. 2022

Rabat, le :

Yusuf HAZI VISSAL

52.80

11 Sulcer 20

1 gelule à jeun

14

21 Foster

2 buffés

2

14

291.00

31 Aeromax 100

190.00

2 fois le matin

41

Labskter 20

99.70

633.50



Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur - Ag. Pneumologie-Allergologie
Diplômé du Val de Grâce
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdari, Av. Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29 - GSM: 06 68 45 92 52

Radiographie Thoracique
الأشعة السينية للصدر

Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)
كشف الوظيفة التنفسية

Branco-Fibro
الفحص بالمنظار

Tests cutanés allergiques
الإختبار الجلدي للحساسية

2, Angle Avenue Hassan II, Rue Al Abdari 1er Etage RABAT (à côté de la Pharmacie des Orangers et BMCI)

Tél.: 05 37 26 08 29 - Urgence : 06 68 45 92 52

oméprazole
AULCER® 20 mg
14 Gélules

110066-03

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT : 21056
PER : 04/2023
PPV : 52,80 DH

أوميزول
20 ملغ

كبسولات مقاومة لأحماض المعدة

14 كبسولة

عن طريق الفم



Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc

Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
CENTRUM, S.A. Espagne

Groupe A.S.A.C

NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



AULCER® 20 mg

14 Gélules



6 118001 220045



30 comprimés
Voie orale

LOT: 14522005
PER: 05/2027
PPV: 99,70 DH

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



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'inhalateur.
S'assurer qu'il y a une période d'au moins de 5 mois
entre la date de délivrance et la date d'expiration
Inscrire sur l'étui.
Expliciter à effet nocif: 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
SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

FOSTER®

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

dipropionate de bécémérisone /
formate de formotérol dihydraté
CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.
Via Palermo, 26/A - Parma - Italie



PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - M'ham
S.I. de CHIESI Farmaceutici S.p.A
Via Palermo, 26/A - Parma, Italie

Date de
délivrance :



Pour les Patients:

Inhalateur: ne doit pas être
utilisé après 5 mois de la date
de délivrance écrite par le
pharmacien sur l'étiquette
adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C



6 11800 1 26044 7

10/1036032

FOSTER®

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

dipropionate de bécémérisone /
formate de formotérol dihydraté

®
فستلار

دستورینوات البکومیسون /
وفاومات الفورموتیرول النحیة
100/6 میکرؤ ګرام / مقطار

120 Doses

 **Chiesi**

Lot : 1136032
Fab. : 05/2021
Exp. : 05/2023

Lot :
Fab. :
Exp. :

