

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, un 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

- 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° W21-691756

152066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11686 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHOUCH BRAHIN
 Date de naissance : 16/05/1970
 Adresse : Lome TOGO
 Tél. : +228 96 00 28 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ERRAMI M K
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KHOUCH Yasmine Age : 18
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Aft Bronchopneum
 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 : Agadir Le : 20/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : Khouch

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie AGDAL Dr. EL IRAKI Zineb 11111 Imm. Agdal Rue Ghazza 11111 M47 Tél: 0528285520</p>	26/02/2023	649,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ERRAMI M. A. SPECIALISTE DES MALADIES APPAREIL RESPIRATOIRE Imourane Rue Hôtel de Ville Tél: 09 28 04 38 33	20/12/2023	120	200

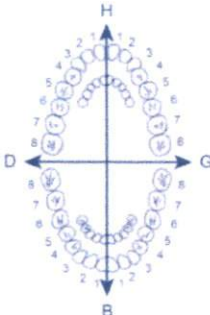
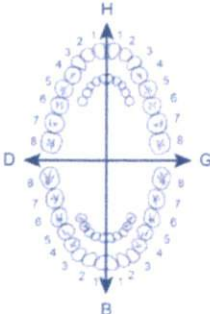
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ERRAMI MOHAMED EL KEBIR

Diplômé de l'Université de BREST - (France)

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

(Asthme - Allergies Respiratoires - Maladies des Bronches)

Endoscopie - E.F.R.

Membre de la Société de Pneumologie de langue française

(SPLF)

CES de Santé Publique

الدكتور الرامي محمد الكبير

خريج جامعة بريست بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية التنفسية



6 118001 030255

MIFLASONE® 200 µg

Poudre pour
inhalation en gélule
PPV : 71,40 DH

Agadir, le :

أكادير في :



MIFLASONE® 200 µg

Poudre pour
inhalation en gélule
PPV : 71,40 DH

Dr. ERRAMI M.K.
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

HOUCH yasmine

70,40

- Clardia 200



1

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml

Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline aspartate
PPV : 273,00 DHS



6 118001 121656

8-9564-73-260-1

40,00

- Cotipre d 20



2

0 = 2

71,40 x2

- Miflase 200 Poudre



1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml

Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline aspartate
PPV : 273,00 DHS



6 118001 121656

8-9564-73-260-1

197,90 x2

- Bromatec Poudre



1 = 2 mois

1 = 2 mois

Dr. ERRAMI M.K.
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

Rendez-vous le :

18/04/2023

الموعد :

1. زنقة القصر البلدي عمارة اموران الطابق الثاني قرب عمارة أمليل أكادير - الهاتف : 05 28 84 38 33

1, Rue Hôtel de ville, Imm Imourane - 2ème Etage près Imm. OUMILIL - Agadir - Tél.: 05 28 84 38 33

60 Gélules et 1 inhalateur

Broncotec® 12 µg
Formotérol Fumarate

Broncotec® 12 µg
Formotérol Fumarate

Poudre pour inhalation en gélule.
Ne pas avaler la gélule

60 Gélules et 1 inhalateur

TECNIMEDE
GROUP



Titulaire de l'AMM : ATLAS PHARM
Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C
Maroc

Atlas
Pharm
Généraliste

Fabricant: LABORATORIOS LICONSA
Azuqueca de Henares, Espagne

برونكوتيك® 12 مكغ
فورموتيرول فومارات

مسحوق للاستنشاق في برشامة
لا تبلع البرشامة

60 برشامة ومستنشق

TECNIMEDE
GROUP

Lot:

LC 65267
09 2023

Per:

BRONCOTEC® 12 µg
60 gélules pour inhalation



567586-01

Composition :

Formotérol fumarate : 12 µg par gélule.
Excipients pour une gélule.
Excipient à effet notoire : lactose.

A conserver à une température inférieure
à 25°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des
enfants.

Lire la notice avant utilisation.

التركيبة:

فومارات فورموتيرول: 12 مكغ في برشامة.

سواغات في كمية كافية لبرشامة.

سواغ ذو تأثير معروف: لاکتوز.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن مראى و متناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

PPV : 197 DH 90

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
إحترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

49x92x82

CB1260-1019

60 Gélules et 1 inhalateur

Broncotec® 12 µg
Formotérol Fumarate

Broncotec® 12 µg
Formotérol Fumarate

Poudre pour inhalation en gélule.
Ne pas avaler la gélule

60 Gélules et 1 inhalateur

TECNIMEDE
GROUP



Titulaire de l'AMM : ATLAS PHARM
Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C
Maroc

Atlas
Pharm
Généraliste

Fabricant: LABORATORIOS LICONSA
Azuqueca de Henares, Espagne

9

برونكوتيك® 12 مكغ
فورموتيرول فومارات

مسحوق للاستنشاق في برشامة
لا تبلع البرشامة

60 برشامة ومستنشق

TECNIMEDE
GROUP

Lot:

LC 65267
09 2023

Per:

BRONCOTEC® 12 µg
60 gélules pour inhalation



6 118001 380220

567586-01

Composition :

Formotérol fumarate : 12 µg par gélule.
Excipients pour une gélule.
Excipient à effet notoire : lactose.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

التركيبة:

فومارات فورموتيرول: 12 مكغ في برشامة.

سواغات في كمية كافية لبرشامة.

سواغ ذو تأثير معروف: لاکتوز.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن مראى و متناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

PPV : 197 DH 90

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

49x92x82

CB1260-1019



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme

de métsulfobenzozate sodique)

Excipients : g.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

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

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

PPV : 40DH00

PER : 12/25

LOT : L4233

b

boittu s.a.

62, Allée des Cressinas - Alp Seblé - Craulencia
S.Berchouch - Pharmacie Responsable

100165

05/14

31x31x60

Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzozate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

3

20 mg
20 comprimés
effervescents
sécables

(métsulfobenzozate sodique)

Cotipred®

کو تیرد

برندنزلون
(میتاسلفوبنزوات صودیك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر

Composition :

Clarithromycine (DCI) 250 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés

chacun à 250 mg soit 2,5 g de clarithromycine

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Cladia® 250 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280408

LOT: 22116 PER: 08/2027

PPV: 70,90 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

AMM N° 269 DMP/21/NNP

250 ملغ

كلاديا®

كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة

10 أقراص مغلفة عن طريق الفم

250 ملغ
كلاديا®
كلاريثروميسين

9080215

Voie orale

250 mg

Cladia®

Clarithromycine

Cladia®

Clarithromycine

250 mg

10 comprimés pelliculés

Voie orale



MEDINFAR

AC000204

Ceci est un médicament.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
À tenir à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Uniquement sur ordonnance - LISTE I
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Dr. ERRAMI MOHAMED EL KEBIR

Diplômé de l'Université de BREST - (France)

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire

(Asthme - Allergies Respiratoires - Maladies des Bronches)

Endoscopie - E.F.R.

Membre de la Société de Pneumologie de langue française

(SPLF)

CES de Santé Publique

أكادير في : 20/02/2023

الدكتور الرامي محمد الكبير

خريج جامعة بريست بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية التنفسية

Melle KHOUCH Yasmine

Compte Rendu de Radiographie Thoracique Face

Absence d'anomalies radiologiques visibles

Silhouette cardiaque de taille normale

Dr. ERRAMI M.K
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

Rendez-vous le :

الموعد :

1. زنقة القصر البلدي عمارة اموران الطابق الثاني قرب عمارة أمليل أكادير - الهاتف : 05 28 84 38 33

1, Rue Hôtel de ville, Imm Imourane - 2ème Etage près Imm. OUMLIL - Agadir - Tél.: 05 28 84 38 33

Dr. ERRAMI MOHAMED EL KEBIR
Diplômé de l'Université de
BREST - (France)
SPÉCIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL
RESPIRATOIRE
(ASTHME - ALLERGIES RESPIRATOIRES)

الدكتور الرامي محمد الكبير
خريج جامعة بريست بفرنسا
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - الحساسية التنفسية

Note d'Honoraire

Agadir, le : 20/02/2023

Concernant Mr. Mme: KHOUCH Yasmine

Consultation : 250 chs.

Visite : 1
Radiographie : Pommier 200 chs

EFR : 1

Endoscopie Bronchique :

Tests Cutanés : 500 chs

Autres :

Total : 950 chs

Arrêtée la présente note à la somme de : Neuf Cent

Cinquante chs

Dr. ERRAMI M.K
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33

DR ERRAMI Mohamed El kebir

SPECIALITE DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (ASTHME - ALLERGIE RESPIRATOIRE)

Diplômé de l'université de BREST France

20 Fevr 2023

TESTS CUTANES ALLERGOLOGIQUES

Nom : KHOUCH Prénom : Yasmine Date de naissance : 13/08/2004

Antécédents familiaux :

☐ Mère

☐ Père

☐ Fratrie

☐ Asthme

☐ Rhinite

☐ Conjonctivite

☐ Eczéma

Antécédents personnels :

☐ Asthme

☐ Rhinite

☐ Conjonctivite

☐ Eczéma

☐ Environnement : animaux

Tabagisme : Passif ☐

Actif ☐

☐ Témoin positif = 5/10

☐ Témoin négatif

PNEUMALLERGENES

- Acariens Dp) = 5/10
Df

Blomia

- Chat

- Chien

- Blatte germanique

- Pollen d'olivier

- Pollen de céréales

- Pollen de graminées

- Mimosa

- Cyprès

- Farine de blé

- Plumes

- Alternaria

- Latex

- Autres

TROPHALLERGENES

- Lait de vache

- Arachide

- Noisette

- Kiwi

- Banane

- Pomme

- Avocat

- Fraise

- Amande

- Sésame

- Moutarde

- Soja

- Cacao

- Oeuf

- Poulet

- Sardine

- Crevette

- Thon

- Merlan

- Morue

- Autres

CONCLUSION

Sensibilisé aux Acariens

Dr. ERRAMI M.K.
SPECIALISTE DES MALADIES
DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
Imm. Imourane Rue Hôtel de Ville
AGADIR - Tél: 05 28 84 38 33