

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

Declaration de Maladie

N° W21-798969

167249

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8495

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ESCALHI, MEDELJE

Date de naissance :

14 Mars 1965

Adresse :

ESCALHI, C. Royal Air Maroc - Casablanca

Tél. :

065238516

Total des frais engagés

11M

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed I. AAMINT
Professeur Agrégé de Médecine
Dip. Univ. de Val de C. de
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Abdou, Casablanca - Rabat
B: 05 37 26 08 23 / 06 68 45 92 52

Date de consultation :

18 MAI 2023

Nom et prénom du malade :

MM. HAZZI, OUISSAL

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Casablanca

Le :

28 / 06 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-798969

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.05.23	811.70

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
		A M	P C	I M	I V	

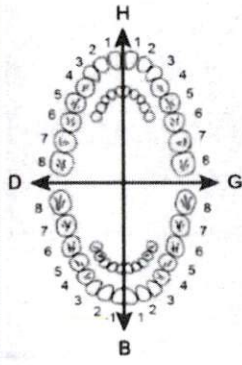
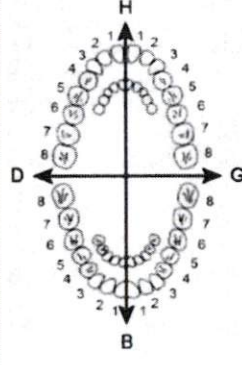
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

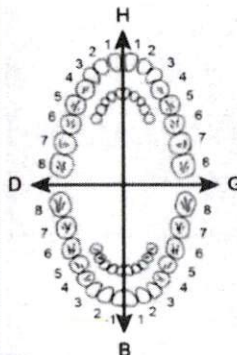
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

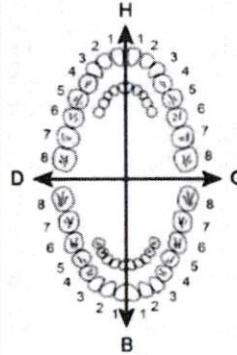
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					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><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	
	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	<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur
Mohamed LAAMIM



الدكتور
محمد لعميم

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
و الحساسية و الضيق

إختصاصي بالمستشفيات العسكرية بفرنسا
خريج كلية الطب بباريس
رئيس سابق بقسم أمراض جهاز التنفس
بالمستشفى العسكري

18 MAI 2023

Rabat, le:

Mme HAJJI OUSAL

110,00

1 Metana 2

291,00 2/4hr le matin x 1 semaine

21 FOSTER

195,00 2 suffes x 2/1 semaine

31 Xyflo 400

95,00 1 cp le matin x 1 semaine

Extamag

99,70

51 Lasix 20

61 Frakidex

20,80

1 all le soir x 15j

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur Assistant de Pneumologie - Allergologie
Diplômé de la Faculté de Médecine de PARIS
Spécialiste des Hôpitaux des Armées
2, Rue Al Abdari, 1er étage - Rabat
Tél.: 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

DÉTENTEUR DE LA D.E / DE L'AMM:
صاحب مقرر التسجيل، حامل الرخصة:
LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue Samuel Morse – CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France
Nom et adresse du fabricant / conditionneur:
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM



القائمة I

Liste I

حالات الاستعمال والاحتياطات:
اقرأ النشرة بأكملها. يوضح على العبوة.
لا يتناول في حالة نزول أو نزول في
العين. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصولة

NE PAS AVALER

لا يتناول

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.
NE LAISSER NI À LA PORTÉE NI À LA VUE DES
ENFANTS. À conserver à une température
inférieure à 25°C.

Frakidex est une marque déposée de
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses
filiales. © 2020 Bausch & Lomb
Incorporated ou de ses filiales.

FRAKIDEX®

فراكيدكس

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine
فوسفات ديكساميثازون / سولفات فريميسيتين

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

49314FS5727-MAG

3/18.08.20

27/20/92

LOT: 14522014
PER: 10/2027
PPV: 99,70 DH

30 comprimés
Voie orale

LABIXTEN[®]
20 MG **Bilastine**



FAES FARMA

Extramag®

TRIPLE ACTION

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

● **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

● **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

● **VERVEINE**

³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



COOPER
PHARMA

30 Comprimés tri-couches
Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

04/2022
04/2022
02220222
1

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

400 mg

لجبر الدكن
7/1/24

Xyflo®

Moxifloxacin Hydrochloride

Voie orale



7 Comprimés
enrobés

Lot N°

COT 22001

Exp

PER 01/24

PPV

PPV 195DH 20



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 inscrite sur l'étui.

Excipient à effet notoire: 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
SOUINS A PRESCRIPTION MEDICALE

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation pressurisée

proprionate de béclométhasone /

fumate de formotérol dilués

CHIESI PHARMACEUTICALS S.p.A.

Via Palermo, 26/A - Parma - Italie



پروموفارم فرم
PROMOPHARM

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
SIL de CHIESI Farmaceutici S.p.A
Via Palermo, 26/A - Parma - Italie

Date de
délivrance :



Pour les Patients:

L'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

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

propionate de béclométhasone /
fumate de formotérol dilués

فستار®

ديبروميونات البكلوميثاسون
وفومات الفورموتيرول المعينة.

مقدار 100/6 ميكرو غرام / مقدار

120 Doses



6 118001 260447

Chiesi

10/01/01D63018

2023/12
2022/04
1159115

Exp. :
Fab. :
Lot :



Cipla Maroc

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR



140 x

Suspension
pour
pulvérisation
nasale

Voie nasale

50
µg

MOMETASONE
Furoate
METANAZ[®]

LOT: GA20441
PER: 05/2024
PPV: 110 DH 00

Cipla
Etiquette

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

asthme bronchique sévère associé à
une rhinite de nature allergique + infectieuse

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Foster
Racemol 0.105
Xyccet

Labo Kten 20.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : TRAB le / 21 JUIN 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mohamed LAAMIM
Professeur des Universités de Médecine
et Faculté de Médecine Paris
2, Rue Al Andalous - Hassan II - Rabat
B: 05 37 26 08 29 - GSM: 06 68 45 92 52

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées