

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

- 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'Had
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

M23-008679

Maladie Dentaire Optique Autres

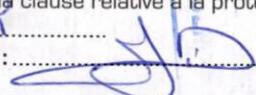
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M 575 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 189848
 Nom & Prénom : ABBOUDA Youcef
 Date de naissance : 20 09 1977
 Adresse : MASCARA 3 A N° 377 Ham Kech
 Tél. : 0663419704 Total des frais engagés : 2159,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 26 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : M BELLOT Dounia Raja Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : MASCARA Le : 29 / 12 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0008679**

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 :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
26/12/23	Ca 2r		2 So, DH 150, DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-12-23	1759,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																		
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريخ كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



الدكتور عبدالصاوق جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

مجاز في أمراض الصدر وداء السل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيقية)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الفحص بالأشعة - التنظير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية



071079875

Mme BELGOT DOUNIA RAJA

Radiographie du thorax : Face

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.



الموعد : : *Rendez-vous le :*

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحباس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش

Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64 - E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريج كلية الطب بـمونبـوليي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



الدكتور عبدالصالح جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والضعاف

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

مجاز في أمراض الصدر وداء المل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيق)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الفحص بالأشعة - التنظير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية
2674272023



071079875

MME BELGOT DOUNIA RAJA

185,00 x 5

1. Saflu 250 µg

2500 رطل / ساعة

جرعة 5 أشهر، في الصباح، وفي المساء، لمدة 5 أشهر

40,00

2. Cotipred 20 mg

كوتيبريد 20 ملغ
3 أقراص، عند الظهر، لمدة 7 أيام

45,80 x 10

3. Cetiral 10 mg

سيتيرال 10 ملغ
3 أقراص، في المساء، لمدة 3 أشهر

149,50

4. ZEROSTAT VT
Chambre d'inhalation

187,00

5. Aclav 1 g / 125 mg

أكلاف 1 غرام | 125 ملغ
3 أقراص، في الصباح، عند الظهر، وفي المساء، لمدة 8 أيام

T = 1759,50

Rendez-vous le : الموعد :

PHARMACIE EL-HABOUS
Imm. 93 N° 6
Résidence Dar Saada - Marrakech
Tel: 05 24 29 09 49

الدكتور عبدالصالح جمالي
الاختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والضعاف
Pneumologue
Allergologue
05 24 43 65 64
Tel: 05 24 29 09 49

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحباس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش
Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64 - E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين
سيتيرالين

10 ملغ
15 قرصا ملبسا
عن طريق الفم



أفريك - فاك
AFRIC-PHAR

LOT 231343
EXP 06/25
PPV 45DH80

CETIRAL® 10 mg



15 comprimés pellicules



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين

سيتيرالين®



عن طريق الفم

15 قرصا ملبسا

10 ملغ

أفريك - فاك
AFRIC-PHAR

LOT 231343

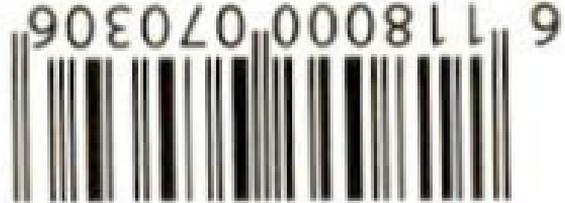
EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRAL® 10 mg



15 comprimés pellicules



6 118000 070306



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين
سيتيريزين

سيتيرال[®]

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL® 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين

سيتيرالين®

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL® 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pellicules

Voie orale

سيتيريزين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

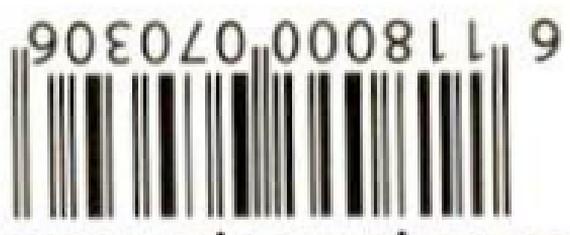


أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pellicules



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80



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



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie Inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

EA

Bien agiter avant chaque utilisation

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



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie Inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

EA

Bien agiter avant chaque utilisation

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



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie Inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

EA

Bien agiter avant chaque utilisation

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



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie Inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

EA

Bien agiter avant chaque utilisation

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



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie Inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

EA

Bien agiter avant chaque utilisation

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métrasulfobenzate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

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

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

PPV: 40DH00

PER: 11/26

LOT: M3969

b

bottu s.a.

BC Allée des Casserinas - Ain Sebla - Casablanca

S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Cotipred®

prednisolone

(métrasulfobenzate sodique)

20 mg

20 comprimés effervescents sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



AMM n°: 806 DMP/21/N06P

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

20 ملغ
20 قرصا فورا
تايل الاكسر

(استعمالها بقرص واحد في اليوم)

بريدنا الإلكتروني

كوتيبريد®

use only with **cipla** inhaler

Transparent
zerostat **VT**
spacer
with **FlowGate** valve

please read the enclosed leaflet
carefully before use.

to be used as directed by the
physician

Qty: One Unit

LOT

16J22052



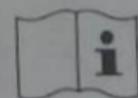
08/2022



Cipla Maroc
BP 4491-11850
Oum Azza , Ain Aouda
PPC : 149,50 DH



8 901117 261310



Cipla

CIPLA LTD. INDIA

ACLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

*Poudre pour suspension buvable
en sachet*

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de **24** sachets

PHARMA 5

LOT : 6559
PER : 08-25
P.P.V: 187DH00



Dr Abdessadeq JAMALI
Pneumologue-Allergologue

خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologiques-Endoscopie bronchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



الدكتور عبد الصادق جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية - الكبار والصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

مجاز في أمراض الصدر وداء السل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيق)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

المعتمد بـ
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية

26/12/23

FACTURE N° 2312184

Nom et prénom : *Mme BELGOT Dawnia Rajja*

Consultation : C2 *250, DH*

RX Pulmonaire : *Face Z 12 : 150, DH*
Profily Z 12

Tests allergologiques : Pneumallergènes K 15 :
Trophallergènes K 15 :
Patch tests K 40

Exploration fonctionnelle respiratoire K 30

Fibroscopie bronchique : sans biopsie K 40
Avec biopsie K 40 + K 20

Total : *400, DH*

I.F. : 68932020

TAXE PROF: 45111998

CNSS : 2127034

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأساس مدخل G ورقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش
ICE : 001842886000990 Kalkala Imm. des Habous entrées, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64

E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

