

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 : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-818703

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12658 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELIAS RICHAM
 Date de naissance : 19/07/1991
 Adresse : Bouskara Golf City Villa 405
 Tél : 0663285616 Total des frais engagés : 415,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed EL-HOUARI
PEDIATRE
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca
Tél: 05 22 99 57 30 - 05 22 99 57 39

Date de consultation : - 5 JAN. 2024
 Nom et prénom du malade : ZELAZI Amel Lotif Age : 07/2022
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinopharyngite
 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 : Casablanca Le : - 5 JAN. 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
15 JAN 2024	2	1	300,00	INP : <input type="text"/> INPE : 091053728 Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 78, Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél : 05 22 99 57 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL-KHAYAT Dr. EL-KHAYAT 83, Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél : 05 22 99 57 39	05/01/2024	115,30

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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>35533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		35533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	35533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	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

Docteur Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE PARIS
PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Française
de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

PHARMACIE AL ALIA
Dr. RECHAKROUN Driess
83, Bd Massira Al Khadra
Tél 05 22 99 57 39

Casablanca, le

05 JAN. 2024

الدار البيضاء في

زكم LATIFA

93-20

Ofiken

100

Dose de 14 kg mat
et soir 8 jours

2-90
115136

boute vent 1200

1 ca esp 1 nuit

midi et soir tant

que dure le toux -

Suplotech 250 1 suppos mat
et soir tant que dure le

Toux

M. Mohamed El-HOUARI
PEDIATRE

Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris
83, Bd Massira Al Khadra - Casablanca

75 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء - هاتف : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 : العيادة

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

OFIKEN®

Céfixime

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de maladie.

OFIKEN 100 mg/5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml

Remboursable AMO



6 118000 022367

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION :

comprimé pelliculé, boîtes de 8 et 16.

150 doses-kg
300 doses-kg
500 doses-kg
alésées.

de des céphalosporines de 3^{ème} génération.

mois, dans le traitement des :

lé :

phalosporines, ou à l'un ds excipients de ces médicaments.

93,40

1. DENOMINATION DU MEDICAMENT :

BUTOVENT® 0,04%, sirop- flacon de 150 ml
Salbutamol

Enfants de 6
fois par jour.
Enfants de 2
fois par jour.
Enfants de n
par jour (1 m

Veuillez lire attentivement l'intégralité
prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir
Si vous avez toute autres questions,
demandez plus d'informations à votre
pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement
donnez jamais à quelqu'un d'autre, même
identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables dev
remarquez un effet indésirable dev
remarquez un effet indésirable non men
parlez-en à votre médecin ou à votre ph

Butovent® 0.04%

Salbutamol
Sirop - Flacon de 150 ml

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240228

2. COMPOSITION

Sulfate de salbutamol

Quantité correspondante

Excipients : saccharose

méthyl-p-hydroxybenzoate

citrique monohydrate

fruits, eau purifiée.

Liste des excipients :

Saccharose, sorbitol

propyl-p-hydroxybenzoate

3. CLASSE PHARMACOLOGIQUE

Le salbutamol, principe actif,

bêta-adrénergique,

bronchiques avec un effet

4. INDICATIONS

BUTOVENT® 0,04%

· Asthme bronchique

d'asthme, traitement

fréquence des crises

· Bronchites asthmatiformes, emphysème pulmonaire chronique

(obstruction bronchique- asthmatique), bronchites spastiques

concomitantes à d'autres affections broncho-pulmonaire.

5. POSOLOGIE :

Le médecin vous prescrit un dosage adapté au degré de gravité

de la maladie.

Sauf avis contraire du médecin, le sirop de Butovent doit être pris

aux doses suivantes:

Adultes et enfants de plus de 12 ans: 2-4 mg (= 1-2 grandes

mesurettes de 5 ml) 3-4 fois par jour.

Butovent®

0,04%

Salbutamol

21,90

Butovent. lo

es

nt

an

ne

no

pu

e

/s

n

ne

cca

o

To

ut

nfo

es

ne

Des

accélération

de trouble

vomissement

d'oppression

d'insomnie),

problèmes d

Dans de trè

comme par

lèvres et de

circulatoires

Dans ces ca