

## 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 Anglé 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° W19-466634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11463

Société :

royal air maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

D. ACHI KAMAL

Date de naissance :

14/11/1975

Adresse :

11, rue Thaoui Farah 1 Settat

Tél. :

0611766475

Total des frais engagés :

7430,30\$

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/11/2019

Nom et prénom du malade :

MARINI SI HAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 02/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/19        |                   | 5                     | 200.00                          | INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>Dr. BEN SALAH MOUAD           |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture   |
|--|----------|---|
| PHARMACIE ABDELALI<br>ASMOUN Samir<br>Docteur en Pharmacie<br>Rue ASSALAM Hay Al Houde<br>BERRECHID<br>Tél. 05.22.32.84.04 | 12/11/19 | 23.30<br>Rue ASSALAM Hay Al Houde<br>BERRECHID<br>Tél. 05.22.32.84.04 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

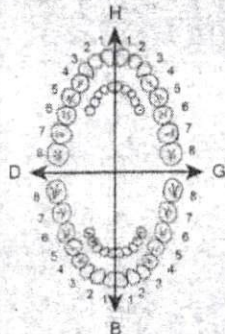
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

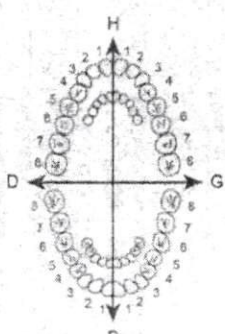
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses, ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS  | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION   | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

|  | H<br>25533412 21433553<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|--|---|--|-----------------------------|
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession          |  | 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





مصلحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA

PHARMACIE ARABAI  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
2, Rue ASSALAM Hay Al Hour  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 84 94



060003332

ORDONNANCE

Berrechid, le

12/11/19

NICARINI Samir

45,30

1) Ventileone spray

2. heuf 24/1 pendant 7

185,00

2) Saftu 150

2. heuf 13/1 pendant 7

T: 230,30

PHARMACIE ARABAI  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
2, Rue ASSALAM Hay Al Hour  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 84 94

Dr. BENSALAH Mounir



Dr. Abdelhakim BOUABID  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Tél : 05 22 32 64 60

6108/11/08



## SAFLU® 50, 125 et 250

Suspension pour inhalation.

Fluticasone + Salmeterol

**Veillez lire attentivement l'information avant d'utiliser ce médicament.**

· Gardez cette notice, vous

Si vous avez toute au-  
demandez plus d'info  
pharmacien.

· Ce médicament

Ne le donnez jar

de symptômes :

Si l'un des eff

## 1. IDENTIFICA

Dénomination:

SAFLU® 50, 12

Forme pharmaceutique  
Succinate de

**Composition:**

**Principles of**

|   |  |
|---|--|
| Principes actifs  |  |
| Propionate de fluticasone : quantité équivalente en fluticasone (DCI) |  |
| Salmétérol (DCI) xinafoate : quantité équivalente en salmétérol       |  |

Excipients : q.s. pour une dose.

**Classe pharmaco thérapeutique**  
Le colchicine est un **halo 2** **colchicine**

Le salmeterol est un beta-2 mimétique à longue durée d'action. Les bronchodilatateurs des bronches ouvertes. Cela permet une sortie de l'air dans les poumons. L'effet du propionate de fluticasone est une réduction de l'inflammation et l'irritation dans les

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER

**Indications :**  
Winter, mild and

vous, votre médecin vous a prescrit ce médicament pour  
à prévenir certaines troubles respiratoires.  
Vous devez utiliser SAFLU tous les jours  
par votre médecin.

Cela permettrait de contrôler correctement votre **asthme**.  
SALFU permet d'éviter la survenue d'essoufflement et de  
sifflement. Il n'agit pas lorsque vous avez déjà un  
essoufflement ou un sifflement. Dans ces cas, vous devez  
utiliser votre médicament bronchodilatateur dit « de secours »  
d'action rapide et de courte durée, comme le salbutamol.

3. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :  
Contre-indications :

SAFLU<sub>250</sub> microgrammes

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses



Si vous utilisez SAFLU pour le traitement de votre asthme, votre médecin souhaitera vérifier régulièrement votre état clinique.

Si votre asthme ou votre essoufflement s'aggrave,  
consultez votre médecin immédiatement.

ments bronchiques plus importants, s souvent oppressé au niveau s avez plus souvent besoin t bronchodilatateur de secours, U sans augmenter le nombre de tre état respiratoire pourrait z alors être davantage malade. tre médecin, car il se peut que tement supplémentaire.

mer (ère) ou votre pharmacien  
ment utiliser votre dispositif  
omment vous l'utilisez à chaque  
correctement ou comme vous  
rait limiter son efficacité pour

tenue dans une cartouche  
un applicateur en plastique

**ment du dispositif:**  
dispositif pour la première  
nement. Retirez le capuchon  
sant doucement les côtés,  
tirez-le.  
injection, agitez le bien,  
le vous et appuyez sur la  
bouffée dans l'air. Répétez  
le dispositif avant de libérer  
le pas utilisé votre dispositif  
libérez deux bouffées de

ancer à respirer le plus  
rant d'utiliser le dispositif:  
assis quand vous utilisez

de l'embout buccal. Vérifiez  
de l'embout buccal afin de vous  
est propre et ne contient pas de

5 fois afin d'éliminer tout corps  
le mélange des composants de  
que dans le flacon  
en à la verticale en plaçant le  
l'embout buccal. Expirez autant

LOT: GB81780

PER: 10/2021

PPV: 185 DH 00

Bien agiter avant chaque utilisation





VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



SALBUTAMOL

# Ventoline® 100 mcg suspension pour inhalation

NOTICE : INFORMATION DI

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VENTOLINE

100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé

3. COMMENT UTILISER VENTOLINE 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé

4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES D'UTILISER





مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

17/11/19

A KARINZ Schen

MG

Algeria

  
Dr. BENSALAH Mounir