

## 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

- Reclamation : 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° W19-426789

MD : 31719

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10527

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJIA ADEL

Date de naissance : 16/01/1970

Adresse : 18, Rue la Interunité

Tél. : 068056672

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : ATIF AMAL

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 :

Le : 17/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
06/06/20	consultation		#250,00	INP : 051028274

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Picardie 12, Rue Badier - Quartier Gauthier 95000 Neuilly-sur-Seine Mme. BENBRAHIM ALIMA	06/06/2020	210,90

# 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	

# 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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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 Kaoutar Janati

Dermatologue - Vénéréologue

Ancien Médecin interne au

CHU Ibn Rochd et à L'Hôpital SAR Moulay El Hassan

Diplômée en Médecine Esthétique

et lasers de l'université de Besançon - France

Maladies de la peau, cuir chevelu, ongles

Allergies - Brûlures - Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique - Lasers

## الدكتورة كوثر جناتي

إختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

ومستشفى الأمير مولاي الحسن

حاصلة على شهادة طب التجميل

والليزر من جامعة بزنسون - فرنسا

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر، الحساسية

الحروق، جراحة الجلد، طب التجميل، الليزر



Pharmacie de Picardie  
Mme. BENBRAHIM Alima  
12, Rue Badr Assayab - Quartier Gauthier  
Casablanca  
Tél : 05 22 26 79 23

Casablanca, le

06/6/2020

Mme Atif Anas

1

Se laver au Topicalyse gel  
magnés -

2

Préparation

8.4

17.40  
x 4

+ Dermoval  
+ Alopi caler

n = 4

secher n = 1

1 appl le soir x 1 semaine  
17/2 x 1 semaine

15.5

3

2adnyl cp

37.50

1 apl J le soir x 3 semaines

4

F Lafyl 800

15.5

1 cp x 2 J 07 jours

= 270,90

5

Xelora spray

con

1 appl J

عامة 1، رياض الحي الحسني، «أليانس دارنا» شارع أم الربيع طريق الرحمة الطابق الأول - الدار البيضاء

Imm 1, Groupe Résidentiel Ryad Hay Hassani (Alliance Darna), Bd Oum Rabii Route Arrahma, 1ère étage - Casablanca

Tél : 0522 89 33 99 / Gsm : 0668 31 87 43 - E-mail: janatikawtar@hotmail.fr

ID : 644219  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

EXP 09 2021  
Lot 60653

## Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

## Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME



ID : 644219  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

EXP 09 2021  
Lot 60653

## Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

## Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

ID : 644219  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

EXP 09 2021  
Lot 60653

## Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

## Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

ID : 644219  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

EXP 09 2021  
Lot 60653

## Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

## Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



CREME

فلاجيل® 500 ملغ

ميترونيڨازول

20 قرصا مغلفا - عن طريق الفم

Flagyl 500 mg

احترق الحادى المعينة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
A يصراف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

LOT : 9MA156  
PER : 12 2023

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



9

100 1000



sanoi-aventis Maroc

Route de Babat - R.P.I. - Ann. Sebââ

20250 Casablanca

Liste des excipients qui ont un effet notoire :  
Amidon de blé (gluten).  
Mise en garde spéciales :  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
NE PAS LAISSER A LA PORTE DES ENFANTS

Composition :  
Métronidazole ..... 500 mg.  
Excipients : amidon de blé, povidone K30, stéarate de magnésium, hypromellose, macrogol 2000.  
Pour un comprimé pelliculé.

SANOI

20 comprimés pelliculés

Voie orale

Métronidazole

Flagyl® 500 mg

المكونات :

ميترونيڨازول ..... 500 ملغ  
السواغات : نشا القمح، هوفيدون K30، ستيرات الماغنيسيوم، هيبروميلون، ماكروجول 2000، لكل قرص مغلف.

لائحة السواغات معروفة التأثير :  
نشا القمح (غلوتين)  
تحذيرات خاصة :  
اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.



# Zadryl® 10mg

Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

91,50

Zadryl® 10mg

Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc  
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable