

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 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° W19-451874

ND. 32869.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13307 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Louhani Hiba

Date de naissance : 29/07/1993

Adresse : 142 bloc F1 Al Maghreb El Arbi, Koutra / 21, Rue 11 Hay AL Mass Maghreb, Casablanca

Tél. : 06 33 73 98 51 Total des frais engagés : 415,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Amine LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Errabi Hay Mazola
Résidence Salma 1 Etage - Casablanca
Tél. : 06 22 89 76 52

Date de consultation : 11 - 07 - 2020

Nom et prénom du malade : Louhani Hiba Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 14 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 58, Route Mly Thami Hay H Tél: 0522 90 21 66	11-7-2020	65.70

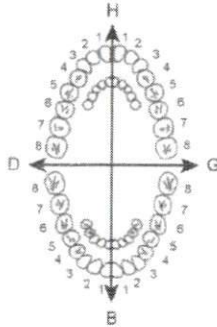
[illegible][illegible]

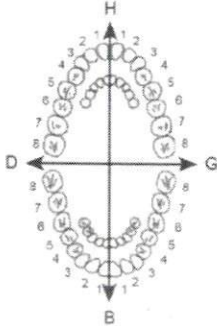
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

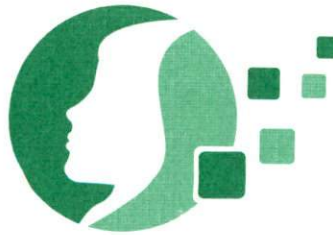
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétique
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- Laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيبة رئيسية سابقا بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- التجميل
- جراحة الجلد والأظافر
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 11-07-2020 : الدار البيضاء في

laubani 12ba

lawa a l'essai thernah

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
58, Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

2390

- dipendene nummaet

2011 1008
1x1 1008
1/2 1008

①

free laubani

- a'caplon baen Br

SPF 15

②

keep to the skin.

41.80

- erles cr

laubani

Docteur Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologue - Vénérologue
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1 - Etage - Casablanca
Tél: 05 22 89 76 52

65.70

14 Comprimés Pelliculés

Erlus®
Desloratadine



Erlus® 5 mg

Desloratadine

5 mg

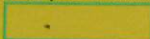
14 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



SYNTHÉMEDIC

liste II uniquement sur ordonnance



Respecter les Doses Prescrites



Laboratoires SYNTHÉMEDIC
20-22, Rue Zoubier Binou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

المكونات :

ديسلوراتادين 5 ملغ
السواغات ما يكفي قرص واحد
سواغ معروف التأثير: اتانول
تحذيرات خاصة :
اقرأ النشرة بعناية قبل الإستعمال
لا يترك في متناول و بصر الأطفال

81X35X21

إيرلوس® 5 ملغ

ديسلوراتادين

14 حبة
مليسة

عن طريق الفم



سنتيميدك

PPV

LOT

PER

Composition :

Desloratadine 5 mg

Excipients q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Ethanol

Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 614/DMP/21/NRQ

Erlus® 5 mg

14 Comprimés Pelliculés



6 118000 180869

81/10



351154-04

2

08.1.17
44.80



15 g
0,05 %

Diprolène® 0,05 %
pommade



15/07/18



611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

LOT : A09501
EXP : 10/2022

Composition : dipropionate de bétaméthasone 0,064g (quantité correspondante en bétaméthasone 0,050 g) ; propylène glycol, stéarate de propylène glycol, cire blanche, vaseline blanche, pour 100 g de pommade.

Excipients à effet notoire : propylène glycol, stéarate de propylène glycol.

MSD France - 34 avenue Léonard de Vinci - 92400 Courbevoie



bétaméthasone
Voie cutanée

Diprolène® 0,05 %
pommade

15/07/18

Diprolène® 0,05 %
pommade

Mises en garde spéciales : Lire la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Ne pas conserver au-delà de 3 mois après première ouverture.

TEINIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

15/07/18

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

NE PAS AVALER

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Médicament autorisé n° 3400932758265

15 g
0,05 %

U343951
CAN48