

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



Déclaration de Maladie

N° W19-492946

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11735	Société : 35321		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Rachid HAFSA			
Date de naissance : 08.08.1976			
Adresse : BD BRAHIM ANNAKHA N°91			
Tél. : 0661208622	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.			
28 JUL 2020			

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

MUPRAS
ACCUEIL SIEGE RABAT

RELEVE 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Code du Pharmacien et Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RUE AL FOUAD 25 Tél : 05 22 25 43 25 Fax : 245509 - PABX : 35873 IF : 404 36644	08/07/2010	377.00 DH

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11432552

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro - Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidéntiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes

comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1610250

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
 Matricule : Fonction : Poste :
 Adresse :
 Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Rov. H.i. HAFSA Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 08.06.2020

Nature de la maladie : Dermatose

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca, le 08/06/2020 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1610250



Matricule N° :
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé
 Nombre de pièces jointes :

RELEVE 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
28.06.20	68		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE MEDICALES D'ANALYSES PORTE GHANDI Dr Tazi Kenza 159, bd Yacoub El Mansour Casablanca Tel: 0522991073</p>	12/06/10	P P.T.	260, 80

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cache et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
20. R. SEM Casablanca Al Ghadra Jul. 10	1906 27			1842 29	02 14	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VOINS ET THESEES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

- 6 - Ela fence SABEM Femlic Endocare
20, Rue Al Ghadfa app 1/2 le matin
- 5 - Heliocare 100 + gel cream. SABEM
20, Rue Al Ghadfa 12h si exposition
259.00
- 6 - Endocare tissage contour des yeux
SABEM
20, Rue Al Ghadfa 1/2
RB, 36
- 7 - Bio tech märkle 1 à 2 utilisation/sem
SABEM
20, Rue Al Ghadfa
- Pieds:
- 8 - on tue le spray 120
on tue le spray de 20 à 02 mois
321.00
- 9 - Oxyquine 2 applications/sem
ou loceryl 102 mois
377.00 DH

Docteur ABDELLAH ZEROUALI D.O.
Spécialiste en dermatologie et en cosmetologie
50, Rue Al Fouad - Casablanca
Tel : 05 22 26 49 25
RC : 245509 - P.I.B. : 35873067
IF : 40436642



- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmetologie, Lasers



- اختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le 08 JUIN 2020

سمة Rouhi Hafsa.

~~SABEM~~
20, Rue Al Ghadra
Casablanca

199,00

1- Pigment bio gel lancer

1 tablette 1/ le air à une

2- Capiderma HQ :

2 utilisations / semaine

sur les taches pigmentées

340,00

3- Light lente l'application

le air ~~SABEM~~
20, Rue Al Ghadra

جاري فتح

جاري فتح

لتر 2,5
GALDERMA

2,5 ml
لتر 2,5

5%

6 118001 070381
Barcode
B.P. N° 1,27182 Bouskoura Maroc
Distribué par SOTHEMA
P.P.V: 321,00 DH
AMM N° 07 DMP/21/ANCN
Plicoon de 2,5 ml
Vernis à ongles médicamenteux
LOGICIEL 5%
جاري فتح

USAGE TOPIQUE
VERNS A ONGLES MEDICAMENTEUX

amorolfine

LOCERYL® (P)

COMPOSITION :

100 ml de vernis à ongles médicamenteux contient :
- Principe actif : amorolfine (base) 5 g.
- Excipients : copolymère d'acide méthacrylique (EUDRAGIT RL 100) triacétine, acétates de butyle et d'éthyle, éthanol absolu.

Numéro de la D.E :

Algérie : 15/00/07D 110/123

Maroc : 07 DMP/21/NCN

Titulaire de l'AMM au Maroc- Laboratoires SOTHEMA: B.P. N° 1,27182 Bouskoura Maroc
Tunisie : 7393061

Pays d'origine: FRANCE

En usage normal, ce vernis permet environ 134 applications.

A conserver à l'abri de la chaleur.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Nom et Adresse du Titulaire de D.E :

Galderma International - Tour Europlaza - La Défense 4
20, avenue André Prothin - 92927 La Défense Cedex

Nom et Adresse du Fabricant : Laboratoires GALDERMA
ZI - Montdésir - 74540 ALBY-SUR-CHÉRAN

Liste I

Lot :
رقم حصة الصنع

Exp. :
التاريخ الأقصى
للاستعمال

9212333

11/2019

10/2022

Exp. :
تاريخ الصنع

التركيب:
تحتوي كل 100 ml من ورنيش الأظافر الدوائي على:
- مادة فعالة: أمورولفين (فادة) 5 غ.
- مسوغات: كوكوبوليمر محض ميتاكرييليك (أدراجيت RL100)
ترى أسيتين، أسيتون، البوتيل والأليل، إيثانول مطلق.

رقم مقرر التسجيل

15/00/07D 110/123
الجزائر
07 DMP/21/NCN
المغرب

7393061
تونس

بلد المشتهرة

في الاستعمال العادي، تكفي هذه القارورة لحوالي 134 مرة.
يحفظ في مكانٍ ملاصقٍ للحرارة.

يحفظ

في

أنت

الحر

الث

ر

ي

أ

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

ي

التركيبة :

التير بيتاوفين على شكل
كلوريدرات.....

1g..... 100g Q.S.P.

المسو غات ذات التأثير المعروف:

بروبيلين غلوكول

دواعي الاستعمال و المقادير :

الامتنال لوصفة الطبيب

المحافظة :

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارية لا

تتجاوز 25 درجة مئوية

لا يجب تركه في متناول الأطفال

لـ

شروط الاستعمال

انظر إلى النشرة داخله

عن طريق الجلد

لا يبلع

Respecter les doses prescrites

يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يمنع دفعه من طرف :

مختبرات معهد الصيدلة

ص.ب. 4491 - 12100 عن العودة - المغرب

الصيحي المسؤول: مرية الصيحي



h.i

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles,
et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmetologie,
Lasers



الدكتورة عايدة زروالي وارثي

- اختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le 08 JUIN 2020

↑^{me} Hafsa Rouhi

onychomycose des ongles

des 2 gros orteils

↳ P. Mycologique : Ex Direct

Culture

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES PORTE GHANDI
Dr Tazi Kenza
159, bd Yacoub El Mansour. RDC.
Casablanca ^{Porte} GHANDI
Tel: 0522991974 Fax: 0522991972

ZEROUALI.O.
Dr Aïda ZEROUALI.O.
Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98
E-mail : aidazerouali@gmail.com

إقامة ربح "D" (عمارة Inwi) الطابق الأول زاوية بير انزاران - زنقة قائد الأشطر - الهاتف : 05 22 25 23 98

Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98

البريد الإلكتروني : aidazerouali@gmail.com



محبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

Bactéries-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Facture

N° facture 2020-1261

Patient Mme ROUHI Hafsa

Date 12/06/2020

Analyses	Valeur en B
PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE N°1	120
Total B	120
Total	260,80

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159, bd Yacoub el Mansour. RDC.
Casablanca
Tel: 0522991974 / Fax: 0522991972

*Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent soixante dirhams 80 centimes****



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Casablanca, le 23/07/2020

Code Patient 20-00764

Nom : Mme ROUHI Hafsa

Dossier N° : 120620-017 Prélèvement du: 12/06/2020 15:0

Demandé par Dr : ZEROUALI.O AIDA



Compte rendu d'analyses

ANALYSES MYCOLOGIQUES

Valeurs Usuelles

Antériorités

PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE N°1

NATURE DU PRELEVEMENT : Squames ongles orteils

EXAMEN DIRECT : Négatif

CULTURE SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

RESULTAT : Stérile

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste