

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

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

DECLARATION DE MALADIE

N° W19-561894

Dep 31/08/2020. par courriel A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884

Société :

39183

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Benjelloun Taoufik Amine

Date de naissance :

02/10/1988

Adresse :

1 Rue El Moujahid Jattir
Bangor - CASA

Tél. :

0661390669

Total des frais engagés :

639,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

T. H. EL KHACHANI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél. : +212 05 22 85 00 00

Date de consultation :

17/07/2020

Nom et prénom du malade :

BENJELLOUN Taoufik Amine

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dermatologie

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

24/08/2020

CASA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-561894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

1er envoi 15/29 août par
courriel 6884

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

hb.benchikhi@gmail.com

LOT 190979
EXP 05/2021
PPV 13.40DH

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

20 قرصا قابلا للكسر

Colchicine 1 mg
OPCICALIUM

20 comprimés sécables



20 comprimés sécables

Colchicine 1 mg
OPCICALIUM

لائحة 1 - Tableau A - جدول 1

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

إقرأ النشرة بعناية قبل الإستعمال
Lire attentivement la notice avant utilisation

Fabriqué par


COOPER
PHARMA

41, rue Mohamed Diouri
20110 Casablanca.

Amna DAOUDI : Pharmacien Responsable.
Sous licence des Laboratoires MAYOLY SPINDLER

IDEMCO

9

G791BR6/12

Zovirax® 5%
aciclovir

crème

Zovirax® 5%
aciclovir

crème



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
ID : 629045
6 118001 141548

Voie

cutanée

 GlaxoSmithKline

Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
100, route de Versailles
78163 Marly-le-Roi Cedex

1000000
0095212

Zovirax® 5%
aciclovir
crème
tube de 2 g .



EXP 12 2020

Lot 67971

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 17,40 DH



6

118000

161295

ID : 622122

Dermoval

0,05 % CREME

Tube de 10 g

