

## 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** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-562278

ND: 48070

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12687

Société : RMT Handling

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHARBACHE Nidham

Date de naissance : 06/01/1988

Adresse : 51 ANG Rue EL Baka et Cellini, Résidence Ayouch

Apt 17 Casablanca

Tél. : 0662792392

Total des frais engagés : # 544,30 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : KHARBACHE Nidham

Age : 32 ans

Lien de parenté : ☒ L'adhérent

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dengue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le 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 : 16/11/2020

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
20/10 20/10	CS	1	30000	INP : 9979420

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 16, Rue Habacha (Boulevard Sidi Baba) Ghellaïf - Casablanca Tél: 0522 25 16 07	20/10 2020	244,30

### 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	

### 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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

Docteur Siham ALAOUI EL HASSANI

Dérmatologue - Vénérologue

Diplômée de L'université de Paris

Maladies de la peau, de l'ongle  
et du cuir chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles  
Cosmétologie



الدكتورة سهام العلوي الحسني

الأمراض والجراحة الجلدية - الأمراض التناسلية

خريجة جامعة باريس

أمراض الجلد، الظفر

والشعر

الأمراض التناسلية

الطب التجميلي

Casa, le 20/10/2020.

126,50 12 HARBACHE Hicham

21 Sepeen

500 mg

47,80 1 cp x 2/5 → 75

21 Dasen. cp.

1 cp x 3/5 → 75

244,30

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0532 25 16 17

Dr ALAOUI SIHAM  
DERMATO-VENEROLOGUE  
76 Bd Abdelmoumen  
CASABLANCA  
Tél: 0222333330

**SEPGEN® 500 mg**  
ciprofloxacin



**SEPGEN® 500 mg**  
ciprofloxacin

Voie orale

Boîte de 10 comprimés pelliculés

Ne pas dépasser les doses prescrites



Composition, forme pelliculée content:  
D.C.T. ciprofloxacine  
Excipients - das chlorhydrate monohydrate: 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.

Each box of 10 tablets of 500 mg ciprofloxacin.  
Sous ordonnance médicale.  
Conservez ce médicament à une température ambiante.  
Niveau A (liste I).

Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.  
Boîte de 500, 583 mg q.s.

**سيستين® 500 مغ**  
سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملصقة  
عن طريق الفم

**SEPGEN® 500 mg**  
ciprofloxacin  
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50



بعض احكام الجرعان الموضوعه

Laboratoire Pharmaceutique IBERMA

ZI - Lot 149, Had Soualem  
Provence de Berrechid, Maroc  
Pharmacie responsable : Nadia IBRAHIM  
AMM N°260/18 DMP/21/NCF

المختبر الصيدلاني ايمرما  
ص - رقم 149 حد السوالم  
قلم برشيد المغرب  
الصيدلي المسؤول : نادية ابي تابت

110058-02



دازين 10.000 وحدة  
سرايتاز

40 قرصا ملبسا

معدي - مقاوم

عن طريق الفم



مختبرات ستيانديك  
20 - 22 بنية زيرين العماد  
المحور السوداء - الدار البيضاء

مقايير - كيفية الاستعمال  
ارشادات - حالات عدم الاستعمال  
انظر البيان



40 Comprimés enrobés gastro-résistants  
Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

IMPRIMEPEL  
01/10

351038-03

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

44,80

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants

Voie orale



Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20-22, Rue Zoubeir Boul El Aouam  
Roches Noires - Casablanca



DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants

Composition :

Serrapeptase ..... 10.000 unités,  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé enrobé gastro-résistant  
Excipient à effet notoire : Lactose. Colorant jaune orangé S (E110)  
Ne pas laisser à la portée des enfants  
A conserver à une température inférieure à 25 °C.

65x20x90

9.