

# 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

- 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0049090

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5579

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUAA ELMDSTAFIA

Date de naissance : 30/06/2023

Adresse : AVENUE DES ROSES N°4 LOTS SANAE3  
BRANES 2 TANGER

Tél. : 0670300608

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2023

Nom et prénom du malade : CHOUAA ELMDSTAFIA

Age : 66 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermato

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 : Tanger

Le : 15/06/2023

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
15.06.23	W	1	300,000	Dr. SALHI Abdelaziz Dermatologue 8 Appart. Place de France Tél: 0539 37 14 69 - Tanger

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Pasteur Ime TBENAKROUN Place de France - TANGER INPE: 162048375	15/06/23		305

# AUXILIAIRES MEDICAUX

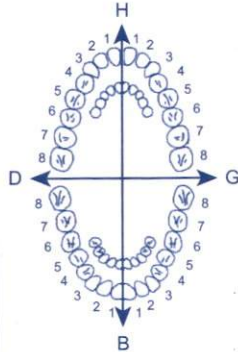
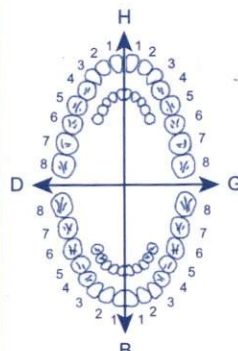
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Abdelaziz SALHI

DERMATO - VENEREOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Poitiers (France)

Spécialiste des Maladies de la Peau  
Cuir Chevelu, des Ongles, et des  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Test d'Allergie Cutanée - Chirurgie  
Dermatologique

# الدكتور عبد العزيز الصالحي

خريج كلية الطب بپواتي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض الجلد:

الشعر والأظافر والأمراض التناسلية

جراحة الجلد - اختبار الحساسية الجلدية

Tanger, le : 15.06.23 طنجة, في:

N° CHOUAA EL Makhfa

112004 Diapyl spray

1mkt x 2h x 08T

6680 2/ fluzo vie

1mkt x 2h x 08T

22200 3/ Ang-chi 1p mkt

1mkt x 3h x 08T

5280 4/ Oapad 20g

1pelt 1/6 net and boxes x 08m

2325

4870

5/ Sol med 20g

2mkt 1/6 net x 08T

2700x2

12350

6/ Geloyal 16g jectil

1mkt x 08T

70305

Pharmacie Pasteur  
Mme TBENCHEKROUN  
3 Place de France - TANGER  
INPE: 162048375

د. عبد العزيز الصالحي  
Dr. SALHI Abdelaziz  
Dermato Vénérologue  
Imm. 8 Appt. 14 Place de France - Tanger  
Tél.: 05 39 37 14 69

عمارة 8 ساحة فرنسا، الشقة رقم 14 - طنجة - الهاتف: 05 39 37 14 69

INPE : 161123609 - ICE : 002066453000072



160

جانتوسيل®

جانتوسيل قاعدة  
عليه بها الموزة 2 ملل  
للحقن العضلي

GENTOSYL® 160

PPV 27DH00  
EXP 09/2025  
LOT 22018 2

**POSOLOGIE :**  
Selon prescription médicale  
**INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -**  
**PRECAUTIONS D'EMPLOI :** Voir notice  
ANMA N° 169 DM/21  
لا يترك في متناول الأطفال  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

GENTOSYL® 160 mg  
SOLUTION INJECTABLE 1 Ampoule  
6 118000 031499

70X25X20

160

جانتوسيل®

جانتوسيل قاعدة  
عليه بها الموزة 2 ملل  
للحقن العضلي

GENTOSYL® 160

PPV 27DH00  
EXP 09/2025  
LOT 22018 2AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل خلال ... يوم

**Uniquement sur ordonnance****RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPV: 222,00 DH  
LOT: 651617  
PER: 02/25



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

احترم المقادير المعينة

تتبع فقط بموجب وصفة طبية - جدول

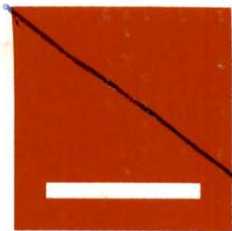
تتبع فقط بموجب وصفة طبية - جدول

GlaxoSmithKline  
Rabat - R.P.1,  
Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V. : 48,70 DH

6 118000 060536

OPEN



**FLAMMAZINE® 1%**  
**Crème**

**Sulfadiazine  
argentique**

 **ALLIANCE**

# OMEPRAL<sup>®</sup> Promopharm

Oméprazole 20 mg

14 gélules

Voie orale

## Composition :

Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients (Dont saccharose) q.s.p ..... 1 gélule

التركيبية :  
أوميبرازول ..... 20 مغ  
المواد الحافظة (بما فيها السكروز) ..... ما يكفي للحسونة واحدة

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات الموصى بها  
Tableau C (Liste II)

Fabriqué par : PROMOPHARM  
Zone industrielle du Sal  
BP 96/97. 26400, Had

موفارم، شركة مساهمة،  
المنطقة الصناعية

المغرب - الصوالم

521825

08H020  
511250  
1400



# جانتوزيل®

جانتاميسين قاعدة

GENTOSYL® 160

160



محلول للحقن العضلي  
علبة بها 6 أمبولات 2 ملل

GENTOSYL® 160mg

6 ampoules injectables

6 118000 031505

Gentamicine base (sous forme de sulfate) .....	160 mg
Parahydroxybenzoate de méthyle .....	2,600 mg
Parahydroxybenzoate de propyle .....	0,400 mg
Métabisulfite de sodium .....	3,250 mg
Edétate de sodium .....	0,200 mg
Eau p.p.i. qsp .....	2 ml

FORMULE :  
FORMULA :

AMM N° 81 DMP/21

IMPRIMEPEL  
10/19