

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-813321

181719



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11652

Société : RON

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEMDILLET

Date de naissance : 20/06/1988

Adresse : Ville 34, route des Sables Dar Bouazza

Tél. : 066 170 47 27

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/23

Nom et prénom du malade : Lemdillet

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Acne

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

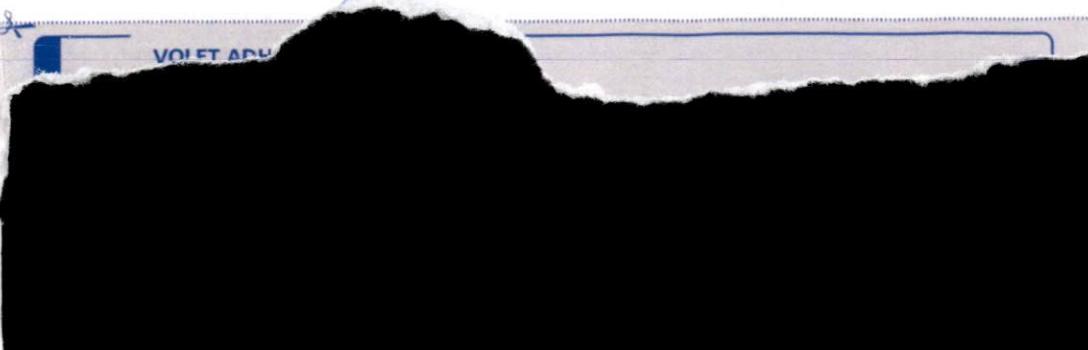
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

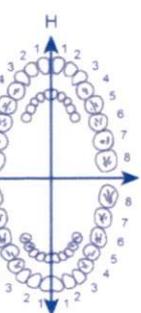
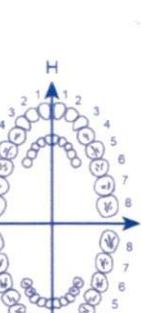
Le : 05/10/2023



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULED HADDOU Soleud Haddou Sous-mat - CASABLANCA 05 2250 60 28	11/09/23	864,29

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

VOLET ADHERENT

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.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				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. PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ain Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



نـة لـطـيفـي حـرمـ هـلـي

اضـ الجـلـدـيـةـ وـ التـنـاسـلـيـةـ

بـقاـ بـمـسـتـشـفـيـ عـيـنـ الشـقـ

ـ شـعـرـ وـ الأـظـافـرـ ■ اـمـرـاـضـ الـحـسـاسـيـةـ

ـ بـنـاسـلـيـةـ ■ التـجـمـيلـ

ـ هـجـلـ وـ الـأـظـافـرـ ■ الـعـلـاجـ بـالـلـيـزـرـ

Casablanca le : 11-09-23 الدار البيضاء في :

lendemain dimanche

99,00 - dimanche sept S.V.

39,70 - vendredi permis
- Jour 669

202,99 - a caplora screen Br. S.V.

432,00 - Valise spa 5000 S.V.

201 304 101

864,29

- 204 prem. spa 19

50,60 - 101201
- 80ml B spa m1 S.V.
19301

PHARMACIE LATIFI EP HALLI
Bd. Oum Rabia Hay Mazola, N° 39 Bis,
Hay Yamm - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 76 52

S.V. S.P.

Docteur Amina LATIFI EP. HALLI
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
102, Bd. Oum Rabia Hay Mazola Casablanca
Résidence Selma Elg. 1er étage 102
Tél: 0522 897 652 - WPE: 091037903

102, Bd Oum Rabia Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36

06 60 74 36 36, شارع أم الريـعـ حـيـ مـازـوـلاـ إـقـامـةـ سـلـمـيـ الطـابـقـ الـأـوـلـ - الـأـلـفـةـ - الدـارـ الـبـيـضـاءـ - الـهـاـفـ

05 22 89 76 52 المـحـولـ : 102

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

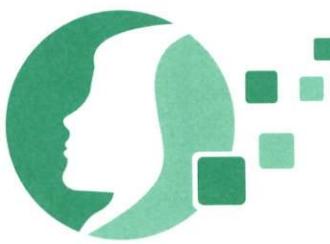
Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

■ Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles

■ Maladies Sexuellement Transmissibles

■ Cosmétologie ■ Allergologie

■ Chirurgie de la peau ■ laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتاليسية

طبية رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

■ أمراض الجلد والشعر والأظافر ■ أمراض الحساسية

■ الأمراض التاليسية ■ التجميل

■ جراحة الجلد والأظافر ■ العلاج بالليزر

Casablanca le : ٢٣-٥-٦٦ الدار البيضاء في :

facture

Rec de ٣٥٠ درهم (trois cent cinquante dirhams)
pour consultation de Mme Lemdiki
de ٣٠ درهم
Date : ٢٣-٥-٦٦

Dr. Amina LATIFI EP HALLI
DERMATOLOGIE - VENEROLOGIE
102, Bd Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
05 22 89 76 52

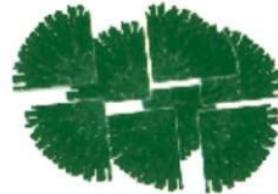
VALEX® 500 mg

Valaclovir

500 mg

42

અનુભૂતિ | ૧૩



וְיַעֲשֵׂה

A utiliser sous prescription médicale.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température qui ne dépasse pas 30°C.

Mode et voie d'administration :
Lire la notice avant utilisation.

يصرف بوصفة طبية.

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.

يُخزن تحت درجة حرارة أقل من 30° مئوية.

الجرعة وطريقة الاستخدام :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

VALEX® 500 mg
Valaciclovir
42 Comprimés enrobés
PROMOPHARM s.r.l.



6"118000"241669

96x59x55 mm

VALEX® 500 mg

Valaciclovir

42

Comprimés enrobés

VALEX® 500 mg

Composition :

Valaciclovir 500 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p ... 1 Comprimé enrobé

Voir la notice pour plus d'informations.

التركيبة :
فالاسيكلوريفير 500 مجم
المساهمات (بما في ذلك التغذية) بما يكفي فرق واحد ملطف

انظر المشرفة لمزيد من المعلومات.

voie orale



Ne pas dépasser la dose prescrite
يُنصح بالرجوع إلى الجرعة المحددة
Tableau A (Liste 1)

03/23

432,00

PRINCI-B FORT
30 comprimés enrobés

351097-04



Médicament autorisé N° : 224 DMP/21/A/0



Laboratoires SYNTHEMEDIC

20 - 22 Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

PRINCI-B FORT

30 comprimés enrobés



6 118000 180234

IMPRIIMEPEL

12/17

FORT®

Vit
B1

Vit
B6

Vit
B12



SYNTHEMEDIC

COMPOSITION

Vitamine B1 (Mononitrate de thiamine) 250 mg
Vitamine B6 (Chlorhydrate de pyridoxine) 250 mg
Vitamine B12 (Cyanocobalamine) 1 mg

Excipients q.s.p. un comprimé

Excipients à effet notoire : Glycérol, laque de coccine

Indications thérapeutiques, Posologie, Contre-indications, mises en garde spéciales :

Avant emploi, lire attentivement la notice

- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

- A conserver à une température ne dépassant pas 25° C

Médicament délivré sans ordonnance.

التركيب: 1
فيتامين ب 250 مل
فيتامين ب 6 مل
فيتامين ب 12 مل
فيتامين ب 1 مل

السواغات: ما يكفي لشخص واحد
السواغات معروفة التأثير: كلسيبرول، ملا، الخنفساء
دواعي الاستعمال، الجرعة، موانع الاستعمال، الاحتياطات خاصة:
يجب قراءة النشرة قبل الإستعمال
لا ينصح في متناول ومرأى الأطفال
يُخزن في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية
دواء يعمى بعده وصمة طبية.

برندسي - ب - فوري

30 قرصاً ملمساً

عن طريق الفم

50,60

PPV

LOT

PER

