

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-779351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance : 01-01-53

Adresse :

Tél. : 0661258021 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZAHIDY AHMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

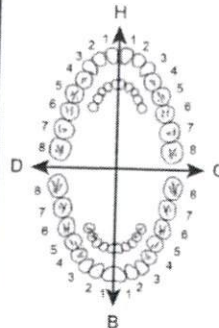
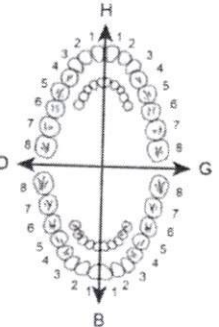
Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

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
14/09/2013		5	3000	INP : 09 11 99 95 02

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL LOTI	26/09/2013	1507,80
INPE: 092025014	3/10/13	44,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur GHIZLANE KORCHI

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de la faculté de Médecine de DAKAR

Ex. Médecin Attachée à l'hôpital Saint-Louis de Paris

Ex. Médecin Attachée au CHU BEN ROUAD

الدكتورة غزلان القرشي

طبيبة الجلد و الأمراض التناسلية

خريجة جامعة دكار للطب

طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

طبيبة ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

14 SEPT 2023

Dr Ahmed Zoubi

- 1) Préperash S.V. S.P. 89148 / 15/9/23
262,90
- Diponhe ple. 60g
- Topheue 60g
- Vershe 30g
- app only -
2) Merg Tulle S.P.
103,00 x 11
3) Onitru S.P.
56,00
4) app only S.P. 10

شارع العقيد العلام إقامة النخلة 2 الطابق 2 الشقة 5 بورنازيل قرب سناك أمين وسناك يونس الدار البيضاء
Av. Al Akid Al Allam, Résidence Annakhla 2, 2ème étage, Appt N° 5, quartier Bournazel, Casablanca

Tél.: 05 22 55 68 47 - GSM : 06 42 47 22 70

7 Medina 222 1804. 1 Ne₂
1 sell 8-1118

21,60

x2

T =
PHARMACIE ELLOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Casad Tensalt El Oulfa
Casablanca - Tél. 222.91.00.23

1507,20

Dr. GHIZLANE KORCHI
Généraliste - Gynécologue
Av. Armand Albert Thomas - Annaba 2
Mme. Elage - Tél. 55 66 4
Tél. 08 22 55 66 4

PHARMACIE ELLOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Casad Tensalt El Oulfa
Casablanca - Tél. 222.91.00.23

PHARMACIE ELLOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Casad Tensalt El Oulfa
Casablanca - Tél. 222.91.00.23

السيدة (ة)

PHARMACIE EL LOTF

Mme. BENJELLOUN NEAMA

313, Bd. Caes. Tensif El Oulfa

Casablanca - Tél: 022.91.10.23

14/9/83

14 رقم فاتورة

في

المجموع

الثلث

نوع البضاعة

العدد

Zahedy Ahmed

1 Preparation N° 89123

66850 DH

PHARMACIE EL LOTF

Mme. BENJELLOUN NEAMA

313, Bd. Caes. Tensif El Oulfa

Casablanca - Tél: 022.91.10.23

Docteur GHIZLANE KORCHI

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de la faculté de Médecine de DAKAR

Ex. Médecin Attachée à l'hôpital Saint-Louis de Paris

Ex. Médecin Attachée au CHU IBN ROCHD

الدكتورة غزلان القرشي

طبيبة الجلد و الأمراض التناسلية

خريجة جامعة دكار للطب

طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

طبيبة ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

3 - OCT 2023

Dr Ahmed. Zakhich

1) Nyctalox 150mg.

200
1/2

1 gel 150mg



4480

DR. GHIZLANE KORCHI
Dermatologue - Vénérologue
Av. Al Akid Al Allam, Résidence Annakhla 2,
2ème étage, N° 5 Casablanca
Tél: 05 22 55 68 47

شارع العقيد العلام إقامة النخلة 2 الطابق 2 الشقة 5 بورنازيل قرب سناك أمين وسناك يونس الدار البيضاء

Av. Al Akid Al Allam, Résidence Annakhla 2, 2ème étage, Appt N° 5, quartier Bournazel, Casablanca

Tél.: 05 22 55 68 47 - GSM : 06 42 47 22 70

COMPOSITION

Terbinafine (DCI) chlorydrate 1g
Excipients.....qsp 100g
Excipient à effet notoire : Propylène glycol

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Ne Pas laisser à la portée des enfants.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir la notice pour plus d'informations

Voie cutanée

Ne pas avaler

Fabriqué et distribué par :

Pharmaceutical Institute

BP 4491 – 12100 Ain El Aouda - MAROC

Maria SEDRATI Pharmacien Responsable.

ONIFINE® 1%

Solution pour pulvérisation cutanée

Flacon de 30 ml



6 118001 151271

أونيفين® 1%

١% ١٤٨٤١

التريبنافين

محلول للرش على الجلد



قارورة من 30 مل



معهد الصيدلة

التركيبية :

التريبنافين على شكل كلوريدات 1 غ
سواغات ك.ك.ل 100 غ
السواغات ذات التأثير المعروف: بروبيلين
غلو كول

دواعي الاستعمال و المقادير :

الامتثال لوصفة الطبيب

المحافظة :

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارية لا
تتجاوز 30 درجة مئوية
لا يجب تركه في متناول الأطفال

شروط الإستعمال

للمزيد من المعلومات أنظر إلى النشرة بداخله
عن طريق الجلد
لا يبلغ

AMM N°295 R2/20 DMP/NRQd

Respecter les doses prescrites
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

يصنع و يوزع من طرف :

معهد الصيدلة

ص.ب. 4491 - 12100 عين العوده - المغرب
الصيدلي المسؤول: مربية الصدراتي



مينازول[®]

فلوكونازول

Mynazol[®] 150 mg ○
FLUCONAZOLE
1 gélule
PROMOPHARM S.A.



6 118000 241263

150 مغ

عن طريق الفم

1 كبسولة

A utiliser sous prescription médicale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Mode et voie d'administration :

Lire la notice avant utilisation

يصرف بوصفة طبية

يحفظ بعيداً عن متناول و برأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30° مئوية

للجرعة و طريقة الاستعمال :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Voie orale

04138



at N° :
xp :
PV :

مينازول[®]

فلوكونازول

Mynazol[®] 150 mg ○

1 gélule

FLUCONAZOLE

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241263

150 مغ

عن طريق الفم

1 كبسولة

A utiliser sous prescription médicale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Mode et voie d'administration :

Lire la notice avant utilisation

يصرف بوصفة طبية

يحفظ بعيداً عن متناول و برأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30° مئوية

للجرعة و طريقة الاستعمال :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Voie orale

04138

at N° :
xp :
PV :

مينازول[®]

فلوكونازول

Mynazol[®] 150 mg ○

1 gélule

FLUCONAZOLE

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241263

150 مغ

عن طريق الفم

1 كبسولة

A utiliser sous prescription médicale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Mode et voie d'administration :

Lire la notice avant utilisation

يصرف بوصفة طبية

يحفظ بعيداً عن متناول و برأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30° مئوية

للجرعة و طريقة الاستعمال :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Voie orale

04138

at N° :
xp :
PV :

مينازول[®]

فلوكونازول

Mynazol[®] 150 mg

1 gélule

FLUCONAZOLE

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241263

150 مغ

عن طريق الفم

1 كبسولة

A utiliser sous prescription médicale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Mode et voie d'administration :

Lire la notice avant utilisation

يصرف بوصفة طبية

يحفظ بعيداً عن متناول و برأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30° مئوية

للجرعة و طريقة الاستعمال :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

Mynazol[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

1 gélule

Voie orale

04138



at N° :
xp :
PV :