

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-772822

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7284 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENBACHIR Mohamed  
 Date de naissance : 16/01/1965  
 Adresse :  
 Tél. : 0661 51 22 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 18/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Bendakim Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Zona Cervical gauche  
 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 : CASA Le : 25/09/2023  
 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
18/09/23	C.S.		250 M.S.	INP : 091186932

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.9.23	661,10
	21.09.23	76,16

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 : <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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<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														



# Dr Sara MJAHER NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

ermatologie

sthétique

## الدكتورة سارة امجاهد نجيد

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد،

الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا

- طب التجميل

15/09/2023

Bendouham  
Lehamed

15

Cicacutan crème - 91.

1 app x 28



Dr Sara MJAHER NAJID  
Dermatologue Vénérologue  
Médecine Esthétique et Anti-âge  
15, Lot Sâad El Khair 24 Hay Hassani  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 91 08 97 - GSM: 0680 61 83 60

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الألفه الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)

Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca ( 2 ème Etage au dessus du labo biolog )

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

# Dr Sara MJAHED NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

ermatologie

sthétique

## الدكتورة سارة أمجاهد نجيد

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طبية اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد،

الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا

- طب التجميل

18/09/2023

Bonjour  
Mohamed

432.00

Valex 300 mg

89.00

depo 3x 1

Sedostrib

39.70

Can

Fuc-dine

2880 x 3 = 8640

ridamirib cy

14.00

1g x 3x 1

Polypore

T = 661.10

Dr. Sara MJAHED NAJID  
DERMATOLOGUE VÉNÉROLOGUE  
Médecine Esthétique et Lasers  
18, Lot Saâd El Khair 24 Hay Hassani  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الألفة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)

Adresse : 18, Lot Saâd El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca ( 2 ème Etage au dessus du labo biolog )

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV:14DH00

PER:06/26

LOT:M2184



**Fucidine® 2%**  
pommade Tube de 15 g

39,70

■ **Pr.**  
CICACUTENE® c.  
tes et favorise la cicatrisation.



# CICACUTENE®

Centella Asiatica, Miel, Propolis & Vitamines



CRÈME  
CICATRISANTE et RÉPARATRICE  
POUR PEAUX BRULÉES et ABIMÉES

Tube de 30g e



- **MODE D'EMPLOI :**
  - Appliquer 2 à 3 fois par jour.
- **PRECAUTIONS D'UTILISATION :**
  - Usage externe uniquement.
  - Ne pas avaler.
  - Ne pas utiliser pour les yeux.

Lot : BEZ56  
EXP : 05/24  
PPC : 76.50 DH

ALTA PHARM  
26 Av mers sultan Etg 1  
Appt 3 Casablanca  
Certificat N° : 5228/22365/2020/UPCHC/DMP20  
Fabriqué par SYSTEM 66 sarl  
Formulé par KOLAMINE FRANCE





# SEDASTERIL+

## CRÈME LAVANTE

**ANTI-BACTÉRIEN \***

**PEAUX  
DÉLICATE**

**SANS SAVON**

**SANS PARABEN**

**PH NEUTRE**

### MODE D'EMPLOI :

Utiliser quotidiennement la crème lavante sur le visage et le corps. En usage externe, une à deux fois par jour. Utiliser sur la peau et les muqueuses préalablement mouillées, faire mousser, puis rincer à l'eau. Éviter tout contact avec les yeux. En cas de contact, rincer abondamment.

### CONSEILS D'UTILISATION :

- Hygiène des peaux fragiles ou sèches de l'enfant à partir de 3 ans et de l'adulte (convient aux femmes enceintes ou allaitantes).
- Toilette intime quotidienne.
- Hygiène anale quotidienne.
- Nettoyage quotidien du visage et du corps.

\*Contient un agent anti-bactérien, efficacité testée en laboratoire sur *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* et *Escherichia coli*.

ETIOM021

COMP030

SD36 0326

LOT PER

Prix 89.00

# VALEX<sup>®</sup> 500 mg

Valaciclovir

42

Comprimés enrobés

Voie orale



432,00