

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.

Diagnostique 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.

Maladie :

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 048895

ND: 38525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5107 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Belguasmi NAZiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0683 061835188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAHA Age :

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

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
			Montant des soins <input type="text"/>																
			Début d'exécution <input type="text"/>																
			Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																	
		Fin d'exécution <input type="text"/>																	

VOLET ADHERENT		NOM	Mle
DECLARATION N°		P 14/0024628	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 /

24628

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	5107
Nom & Prénom		V ^{te} Belghaoui Zibani Nazila	
Fonction		Phones	06830081
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient 'B' Taha Belghaoui		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 4/6/2020	
ONCLE INCARNE		Date 1ère visite 4/6/20	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS	1	30000	
PHARMACIE	Date 04/06/2020		
Montant de la facture	608,90		
PHARMACIE ATALAL Dr. BEN WADIM Laila Hay Soukna - Témara Tél: 05 37 61 14 01			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr Sarra ZARKIK

Dermatologie - Vénérologie - Chirurgie - Esthétique

Ancienne interne des hôpitaux de bordeaux

Ancienne dermatologue du CHU Ibn Sina de Rabat

Diplômée en lasers médicaux de l'université de Bordeaux

Diplômée en dermatologie esthétique de l'Université de Paris

الدكتورة سارة زركيق

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر والأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب بالرياض

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرياض

Le 4/6/2020

Mr BELGNAOUI TALA

30100

1 - Foranè Acqueuse

(spray)

2 fois / j sur le front

stéril

صيدلية الأطلال
PHARMACIE ATLAL
Dr. BEN WADIA Laila
N°194, Hay Skikina - Témara
Tél.: 05 37 74 14 01

17.40

2 - dermoval crème

chaque soir sur le visage

stéril produit 15j

صيدلية الأطلال
PHARMACIE ATLAL
Dr. BEN WADIA Laila
N°194, Hay Skikina - Témara
Tél.: 05 37 74 14 01

3 - Augmentin 1g

en poset + 2 j 67

368100

4- Unibone advanced

1- 2 pins 1 j m to

Cicotele

67,2°

5- ERYFLUID bluthi

m 2. am

chun

608,90

PHARMACEUTICAL
DR. BEN WADIA
N° 194
Tél.: 06 37 81 14 01



Dr. Hassan
177
Bd. Hassan
Tél. 06 37 81 14 01

EOSINE

Stabilisée

DERMA SOIN SPRAY

2%

SOLUTION ASSECHANTE
ASTRINGENTE

Solution d'Eosine à 2%
Stabilisée

Composition:

Eosine disodique 2g
Excipients qsp pour 100g

Propriétés :

Antiseptique ayant un effet bactériostatique sur les germes Gram positif et à moindre degré sur les germes Gram négatif. Asséchant et bien toléré d'où son usage dans l'érythème fessier du nourrisson.

Indications :

Traitement d'appoint des affections de la peau primitivement bactériennes ou susceptibles de se surinfecter, notamment érythème fessier et cordon ombilical du nourrisson. Indiqué en cas d'escars.

Mode d'emploi :

Une à deux fois par jour, vaporiser directement sur l'endroit à traiter.

Précautions d'emploi :

L'association de l'Eosine à d'autres antiseptiques est déconseillée. Tenir hors de la portée des enfants. Ne pas avaler. Eviter tout contact avec les yeux.

Flacon de 50 ml
en spray

Laboratoires
TECHNIPHARM

Maroc
Pharmacie Mohammed V

EOSINE

Stabilisée

DERMA SOIN SPRAY

2%

SOLUTION ASSECHANTE
ASTRINGENTE

PRATIQUE ET
HYGIENIQUE



6 117050 213466

PPC

30,00 DH

LOT

3010942

EXP

01/2023

30,00

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حطاطات
حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول
ومرأى الأطفال، تحت درجة
حرارة أقل من 25° وبعيدا عن
الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه قبل
الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de
Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou Hamed
AlGhazali, Casablanca
20 000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g/125 mg
sachets

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 623705
PER: 06/21



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique... 125mg
(sous forme de clavulanate
de potassium).
Contient de l'aspartam
(environ 30mg).
Mise en garde spéciale :
risque d'allergie.
Vole orale

Tenir hors de la portée et de
la vue des enfants.
Conserver à une
température inférieure à
25°C et à l'abri de l'humidité.



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**

اوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أموكسيسيلين / الحمض كلافلو لانيك
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

NE PAS AVALER

لا يبلع

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER 12 2021

LOT 20E003

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML

P.P.V : 67DH20



Pierre Fabre

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,

Zenata Aïn Sebaâ, Maroc.

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable.

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

gsk

Tube 10 g

Médicament autorisé n° 3400932043293

CREME

Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison

COMPOSITION :

Propionate de clobétasol.....0,050 g
Pour 100 g de crème.

Excipients : monostéarate de glycérol,
Arlacel 165, cire synthétique, citrate de sodium,
acide citrique monohydraté, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : propylèneglycol,
alcool cétyléarylique, chlorocrésol.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Voie cutanée.

Tube de 10 g

LIRE LA NOTICE
AVANT UTILISATION

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

ID : 633976
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV 17 40 DH
6 118000 161295

EXP 04 2021
Lot 69044



PC 03400932043293