

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 048895

ND: 38525

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5107

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Belghaoui NAZIHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 261 8351 82 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

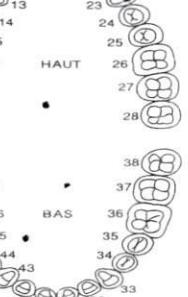
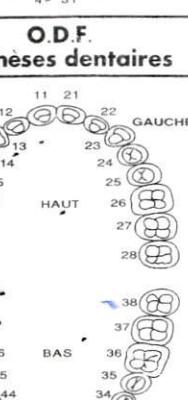
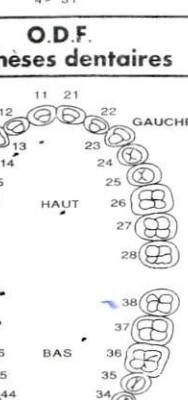


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux | | | | | | |
|---|--|---|-------------|-------------------------|---|--|--|--|--|--|
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux | | | | | | |
|  | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | D | H | G | | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | | |
| D | H | G | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | | | | | | | | |

| | | |
|---|----------------|---|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° P 14 /0024628 | | MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Roanne et Mâcon |
| 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 | | |



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

P 14 / 24628

DATE DE DEPOT

| | | | |
|---|--|--|-----------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 5107 | |
| Nom & Prénom <u>Vé Belgnacien Zilemni Nazifa</u> | | | |
| Fonction <u>—</u> | Phones <u>06 83 00 81</u> | | |
| Mail _____ | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient <u>"B" Taha Belgnacien</u> | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age _____ |
| Nature de la maladie | | Date 4/6/2020 Date 1ère visite 4/6/20 | |
| ONCLE INCARNE | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes <u>CS</u> | Nbre de Coefficient <u>1</u> | Montant détaillé des honoraires <u>300,00</u> | |
| PHARMACIE | Date <u>04/10/21 2020</u> | | |
| Montant de la facture <u>60 8190</u> | | | |
| | | | |
| 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 زرقيق

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر والأمراض التناسلية

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

Le 4/6/2000

7^e BELGNAOUI TAHA

20¹⁰°

1 - Eosiné Acquise
(gross)

2 fois 1g au le pris

stiel

جودة اعلى
PHARMACIE ATLAS
Dr. BEN WADIH Laila
N°194, Hay Skikina - Témara
Tél.: 05 37 51 14 01

17.40

2 - dureté norme

chaque 2h au le pris

stiel poudre 15g

PHARMACIE ATLAS
Dr. BEN WADIH Laila
N°194, Hay Skikina - Témara
Tél.: 05 37 51 14 01

3 - Appréciation y

au poudre + 2 j 67

368100

4- Urine advanced

1- first j m lo

cicatricé

67,2°

5- ERYFLUID Blutni

m le cui

clueles

608190

JY b
PHARMACEUTICALS
Dr. BEN WADIA
N° 194 Hay Skikha
Tel.: 06 37 51 14 01

DR.
T. T. T.
Bd. Hassan II
Tunisie
Tunisia
CPT
CPT

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 :

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

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



هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال، تحت درجة حرارة أقل من 25° و بعيداً عن الرطوبة.
اقرأوا النشرة بانتهاء 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



..... 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



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.
Voie 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.



poudre pour suspension buvable en sachet

أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أوكسيسلين / الحمض كلافولانيك
مسروق لمستعلق في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

NE PAS AVALER
يُنْبَغِي

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرّف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

PER 12/2021
101 20E003

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
P.P.V : 67DH20



118000 010630



Pierre Fabre

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,
Zenata Ain 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



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,
Ariacel 165, cire synthétique, citrate de sodium,
acide citrique monohydraté, eau purifiée.
Excipients à effet notable : propyléneglycol,
alcool cétostéarylque, 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.

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 17.40 DH
di 6 118000 161295

EXP 04 2021
Lot 69044



PC 03400932043293