

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 042968

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811 Société : RAM (52056)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Acent 12 Houlal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 42968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-563094

En cours
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

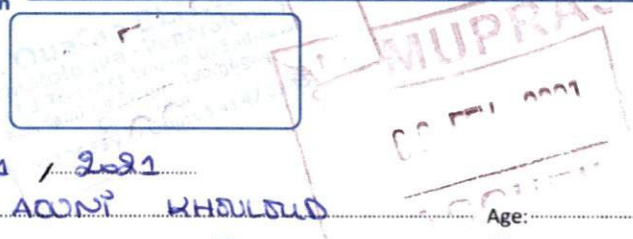
☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1811 Société : _____
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : EL AOUNI Khouald
 Date de naissance : 01-10-77
 Adresse : 066718207
 Tél. : 066718207 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 04/01/2021
 Nom et prénom du malade : EL AOUNI KHOULOU Age : _____
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DERMATOSE
 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 : 05/02/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
04.01.2021	Cs		300,150	INP : 0511989621

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATC 153, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Jerb. Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 25 16 17	4/1/2021	151,20

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 :

Veillez 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																	

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Médecine esthétique - Cosmétologie - Lasers
Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles
Maladies sexuellement transmissibles - Allergies - Brûlures
Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers - Besançon
Diplôme de dermatologie pédiatrique - Montpellier
Diplôme de dermatologie et maladies du système - Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر
أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر
الأمراض المنقولة جنسيا - الحساسية - الحروق
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيزنسون
دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونتبولي
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

04/01/2021

Mme EL AOUNI Khouloud

KETODERM SACHET

1 application 2 fois par semaine sur le cuir chevelu pdt 4 semaines
puis 1 fois par semaine pdt 4 semaines

DERMOVAL GEL

le soir sur le cuir chevelu, pendant 2 semaines

Neoxidil lotion : 2x/jour le cuir chevelu

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 18/01/2021

PHARMACIE WATO

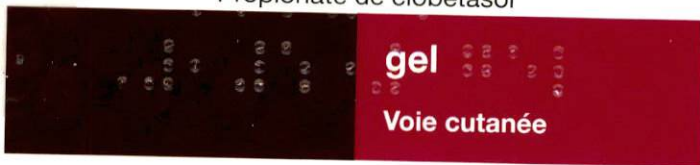
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Bert Ghellaf - Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15

PHARMACIE WATO

153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Bert Ghellaf - Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15

Dermoval

Propionate de clobétasol



Dermoval gel

Voie cutanée



NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

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

LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Tenir éloigné d'une flamme.

ID: 645661
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
6 118000 161301

Lot 63904
EXP 06 2022

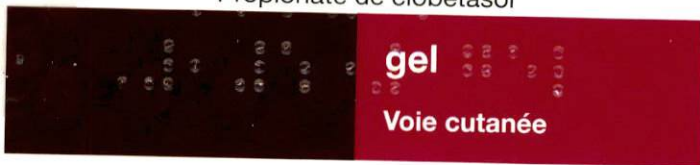


12000000112623

V02

Dermoval

Propionate de clobétasol



Dermoval gel

Voie cutanée



NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

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

LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Tenir éloigné d'une flamme.

ID: 645661
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
6 118000 161301

Lot 63904
EXP 06 2022



12000000112623

V02

Dermoval

Propionate de clobétasol



Dermoval gel

Voie cutanée



NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

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

LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Tenir éloigné d'une flamme.

ID: 645661
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
6 118000 161301

Lot 63904
EXP 06 2022



12000000112623

V02

NEOXIDIL® 2%
Flacon de 80 ml
Non remboursé AMO



6 11 8000 0203 94

LOT : 0013
EXP : JUN 2023
PPV : 247,00 DH



Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 20180 Boukoura - Maroc
Mme L.TAZI, Pharmacien Responsable
Sous licence des Laboratoires GALDERMA

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

NE PEUT ETRE OBTENU QUE
SUR ORDONNANCE MEDICALE

Neoxidil®

m i n o x i d i l

SOLUTION

2%

pour application locale

80 ml

GALDERMA





Maphar
Km 0, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



KCB100

02-2022

Lot./EXP:

9290098
1908
MEN

Kétoderm® 2% gel en sachet

**Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Voie cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant
kétoconazole



Composition pour un sachet de 6 g : kétoconazole 120 mg, lauryléthersulfate de sodium, monolauryl-
éthersulfosuccinate disodique, diéthanolamide d'acide gras de coprah, chlorure d'hydroxypropyl lauryl-
diméthyl ammonium, dioleate de macrogol 120 méthylglucose, acide chlorhydrique concentré,
Imidurée, parfum Bouquet DL 19372 (dont propylèneglycol), érythrosine (E 127), hydroxyde de sodium,
chlorure de sodium, eau purifiée.
Excipient à effet notoire : propylèneglycol. Voir la notice pour plus d'informations.

56 x 36,5 x 108,5

16858 \$
E
8