

# 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
- 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.

N° M21- 042968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11811

Société : RAM (59-056)

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Aouad ICI HOUAD

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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-563094

En cours



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : MCM Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AOUNI KHALIL

Date de naissance :

01-10-77

Adresse :

066 918 20 01

Tél. :

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2021

Nom et prénom du malade : EL AOUNI KHALIL Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DERMATO

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) :

Le : 04/10/2021

## RELEVE 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 : 053497962                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                       | Date     | Montant de la Facture                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PHARMACIE WATO<br>153, Rue Habacha<br>(Bd Day Ould Sidi Baba)<br>Ghellaïf - Casablanca<br>Tél: 0522 25 16 74 | 4/1/2021 | 153, Rue Habacha<br>(Bd Day Ould Sidi Baba)<br>Ghellaïf - Casablanca<br>Tél: 0522 25 16 74<br>451,22 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE 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 canalaire, 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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         |                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
|  |                                  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412<br/>00000000<br/>00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552<br/>00000000<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> |                  |             | H                                            | G | 25533412<br>00000000<br>00000000 | 21433552<br>00000000<br>00000000 | D | B | 35533411 | 11433553 | B | G | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H                                                                                    | G                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                              |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
| 25533412<br>00000000<br>00000000                                                     | 21433552<br>00000000<br>00000000 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                              |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
| D                                                                                    | B                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                              |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
| 35533411                                                                             | 11433553                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                              |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
| B                                                                                    | G                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                                              |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
|                                                                                      |                                  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |
|                                                                                      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |                                  |                                  |   |   |          |          |   |   |                                         |

ACHET 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 والاظافر  
الامراض المتنقلة جنسيا – الحساسية – الجروح  
دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر- بيزنسون  
دبلوم الامراض الجلدية عند الاطفال – مونبولي  
دبلوم الامراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

الدارالبيضاء، 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

**40,00 X 3 DERMOVAL GEL**

le soir sur le cuir chevelu, pendant 2 semaines



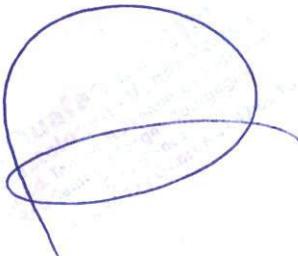
247,00 Neoxidil lotion : 2 fois le cuir chevelu  
PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 18/01/2021



~~PHARMACIE WATO~~  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
9er Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 18 07

**PHARMACIE WATO**  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
9er Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 18 07

451,20



Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,  
1er étage, Appt 3, Bourgogne – Casablanca  
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سجلمامسي (شارع المغاربة سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوربون - الدار البيضاء  
الهاتف : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77  
drbenhiba@gmail.com



# Dermoval

Propionate de clobétasol

gel

Voie cutanée

## Dermoval gel

Voie cutanée

12000000112623

V02

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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.

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 40,00 DH  
ID : 6456916  
6 118000 161301

EXPIRÉ  
06 2022  
Lot 63004



# Dermoval

Propionate de clobétasol

gsk

gel

Voie cutanée

## Dermoval gel

Voie cutanée

12000000112623

V02

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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.

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 40,00 DH  
ID : 645691  
6 118000 161301

EXPIRÉ  
06 2022  
Lot 63004



# Dermoval

Propionate de clobétasol

gsk

gel

Voie cutanée

## Dermoval gel

Voie cutanée

12000000112623

V02

NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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.

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 40,00 DH  
ID : 645691  
6 118000 161301

EXPIRÉ  
06 2022  
Lot 63004



**NEOXIDIL® 2%**  
Flacon de 80 ml  
N° de lot: 020394



6 118000 020394

# Neoxidil® m i n o x i d i l

**SOLUTION**

pour application locale

80 ml

**2%**



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

**NE PAS AVALER**  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

**NE PEUT ÊTRE OBTENU QUE  
SUR ORDONNANCE MÉDICALE**

**GALDERMA**



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

02-2022  
K-CB1 C00

Lot/EXP:

MEN  
1989  
9290098\*

## Kétoderm® 2% gel en sachet

**Respecter les doses prescrites**

**Ne pas avaler**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

dosage : \_\_\_\_\_ 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



Composition pour un sachet de 6 g : kétoconazole 120 mg, lauryléthersulfate de sodium, monolauryl-ethersulfosuccinate 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 propyléneglycol), érythrosine (E 127), hydroxyde de sodium, chlorure de sodium, eau purifiée.  
Excipient à effet notoire : propyléneglycol. Voir la notice pour plus d'informations.

**Kétoderm® 2% gel en sachet**  
gel moussant  
kétoconazole

56 x 36,5 x 108,5

8

16858 S  
E