

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.

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.

Prothèse 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.

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- 0052680

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11211 Société : 71745

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Aouzi, Meloua

Date de naissance : 01-10-1977

Adresse :

Tél. : 0661182007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2021

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-563094

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AGUJI Khouloud
 Date de naissance : 01-10-1977
 Adresse : 126 Rue Leonard Divina n°8 Res
 Leonard Divina
 Tél. : 0661182007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 11/03/2021
 Nom et prénom du malade : EL AGUJI Khouloud Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatoses
 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 : Casablanca Le : 11/03/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-563094

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 :

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

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
11.03.21	C	1	360,00	INP : 6191192742

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATO 153, Rue Habbouba (Bd Day Ould Sidi Baba) Jorf Melhar - Casablanca Tél: 0522 25 18 07	11/3/21	560,60

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	

VOLET ADHERENT

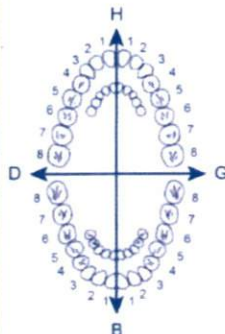
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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"/>

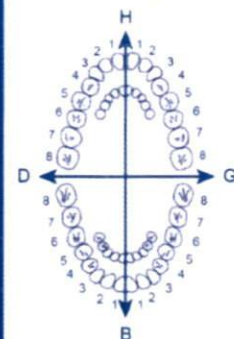
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET 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 – مونيولي
دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

11/03/2021

Mme EL AOUNI Khoulood

TETRALYSAL GELULE 300

1 gelule par jour le soir apres le repas

EPIDUO GEL

le soir sur le front pdt 2 h puis rincer

CICAPLAST BAUME B 5

le soir sur le visage

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 15/03/2021

PHARMACIE WATO
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 25 16 07

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage - Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 26 56 77 / Gsm: 06 41 47 09 15

Angle Palanet 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 سيجلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء
الهاتف : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 - البريد الإلكتروني : drbenhiba@gmail.com

Tetralysal® تتراليزال

ليميسيكلين
l y m é c y c l i n e

300 mg
300 ملغ

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Tetralysal® تتراليزال

lymécycline ليميسيكلين

300 mg
300 ملغ

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Tetralysal® تتراليزال

ليميسيكلين
l y m é c y c l i n e

300 mg
300 ملغ

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Tetralysal® تتراليزال

lymécycline ليميسيكلين

300 mg
300 ملغ

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Tetralysal® تتراليزال

lymécycline ليميسيكلين

300 mg
300 ملغ

16 GELULES 16 كبسولة

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Tetralysal® تتراليزال

lymécycline ليميسيكلين

300 mg
300 ملغ

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69.00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



GALDERMA

غالديرما

N° de lot de fabrication :
رقم حصة الصنع

843

Date limite d'utilisation :
التاريخ الأقصى للاستعمال

03 2023

Epiduo, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

30 غ

30 g

GALDERMA



إبيديو، هلام

أدابالين / بيروكسيد البنزويل

هلام

عبر الجلد

30 غ

30 g

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura



6 118001 071692



GALDERMA

غالديرما

