

## 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-425127



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

74109

Matricule :	732	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : ELARFIoui Mohamed				
Date de naissance : 10/06/2001				
Adresse : Rue ATIR YAHYA ABDELLAH				
Tél. : 0522 20 45 45 Total des frais engagés : 566,20 Dhs				

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2001

Nom et prénom du malade : Zarbi Nafal

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Docteur

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 : 0522 20 45 45

Le :

Signature de l'adhérent(e) : Zarbi Nafal

VOLET ADHÉRENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARAK</i> Avenue Sidi Sabârca BP 2259	<i>10/06/2021</i>	<i>266,20 Dh</i>

## 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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</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;">D</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	D	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	D																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Badia GHARBI

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau

du cuir chevelu et des ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Cosmétologie

# الدكتورة بديعة غربي

اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر

الأمراض التنايسية

الطب التجميلي

10/6/2021  
Casablanca, le .....

ME ZARBI NAJAT

135,70 ( 11 )  
40,00 ( 21 )

PHARMACIE AYOUN  
Avenue Stendhal City Plaza  
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 69

Total  
= 266,20

05 22 20 40 88  
S.V. 10/6/2021  
Télé: 05 22 20 42 19  
Motra: 05 22 20 42 19

05 22 20 40 88 ( 05 ) 31 74 24 10 19 10/6/2021

223, Bd Abdelmoumen Résidence REDA Abdelmoumen - 2ème Etage- Appt 10 - Casablanca. Tél: 05 22 20 40 88 / Fax : 05 22 20 42 19

223, شارع عبد المولمن إقامة رضي عبد المولمن - الطابق الثاني - رقم 10 - البيضاء - الهاتف : 05 22 20 40 88 / الفاكس : 05 22 20 42 19

LOT 201468 1  
EXP 06 2024  
PPV 90 50



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



90,50

Tous les produits des Laboratoires DUCRAY sont systématiquement  
étudiés par des médecins et des pharmaciens et sont soumis lors de  
chaque émission à des contrôles rigoureux.

## KELUAL

# KELUAL

## ÉMULSION KÉRATORÉDUCTRICE

Visage et cuir chevelu

Élimine et apaise

## CROÛTES DE LAIT PEAUX SÉBOSQUAMEUSES NOURRISSON - BÉBÉ

# DUCRAY

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

## KERATOREDUCING EMULSION

Face and scalp

Eliminates and soothes

## INFANT CRADLE CAP SCALY SKIN INFANTS - BABIES

50 ml e / 1.6 FLOZ.

TESTÉ SOUS CONTRÔLE DERMATOLOGIQUE  
TESTED UNDER DERMATOLOGICAL CONTROL  
PARIS

Croûtes de lait ou peaux sébosquameuses et  
irritées du nourrisson et du bébé.

KELUAL ÉMULSION est un soin kératoréducteur complet pour le cuir chevelu et les zones localisées du visage. Dès la 1<sup>re</sup> semaine\*, les croûtes de lait diminuent, les rougeurs et les sensations des démangeaisons sont atténuées. Avec sa texture légère, KELUAL ÉMULSION agit en douceur sans laisser de film gras et sans coller. Bonne tolérance.

\*Etudes cliniques réalisées sur 32 sujets adultes/adolescents et sur 31 nourrissons pendant 15 jours.

Appliquer 1 fois par jour pendant 2 semaines sur les squames et les croûtes de lait en massant délicatement. Laisser agir 15 min puis rincer à l'aide d'un nettoyant doux. Rincer en cas de contact avec les yeux.

Cradle cap or sebo-squamous and irritated skin in infants and babies.

KELUAL ÉMULSION provides complete kerato-reducing care for the scalp and localized areas of the face. From the 1<sup>st</sup> week\*, cradle cap is reduced, redness and itching sensations are alleviated. With its light texture, KELUAL ÉMULSION has gentle action and no greasy or sticky effect. Good tolerance.

\*Clinical studies on 32 adult/adolescent subjects and on 31 infants for 15 days.

Apply KELUAL ÉMULSION to cradle cap once a day for 2 weeks by massaging delicately. Let sit for 15 minutes, then rinse with the help of a gentle cleanser. Rinse in case of contact with eyes.

Pierre Fabre  
Dermo-Cosmétique

Laboratoires Dermatologiques Ducray  
45, place Abel-Gance  
92100 Boulogne - Paris - France  
PIERRE FABRE DÉRMO-COSMÉTIQUE  
Portugal, Lda  
Rua Rodrigo da Fonseca, 178-3<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup>  
1070-243 Lisboa  
[www.ducray.com](http://www.ducray.com)  
contact.ducray@pierre-fabre.com  
Made in France

VENTE RÉSERVÉE AUX DISTRIBUTEURS AGRÉÉS



# KELUAL

## ÉMULSION KÉRATORÉDUCTRICE

Visage et cuir chevelu

Élimine et apaise

## CROÛTES DE LAIT PEAUX SÉBOSQUAMEUSES NOURRISSON - BÉBÉ

# DUCRAY

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

## EMULSÃO QUERATORREDUTORA

Rosto e couro cabeludo

Elimina e acalma

## CROSTA LÁCTEA PELES SEBODESCAMATIVAS RECÉM-NASCIDO - BEBÉ

50 ml e / 1.6 FLOZ.

TESTÉ SOUS CONTRÔLE DERMATOLOGIQUE  
TESTADO SOB CONTROLO DERMATOLÓGICO  
PARIS

A.C.L.: 6089563  
CNP: 6466797

317 839



All DUCRAY products are systematically evaluated by doctors and pharmacists,  
and undergo thorough testing during each stage of production.

Todos os produtos dos Laboratórios DUCRAY são testados  
por médicos e farmacêuticos. Cada lote de fábrica é submetido  
a um controlo rigoroso.



INGREDIENTS: WATER (AQUA), GLYCERIN,  
MINERAL OIL (PARAFFINUM LIQUIDUM),  
PEG-12, DIMETHICONE, LACTAMIDE MEA,  
ACRYLATES/C10-30 ALKYL ACRYLATE  
CROSSPOLYMER, BENZOIC ACID, CARBOMER,  
ETHYLHEXYLGLYCERIN, SODIUM HYDROXIDE,  
TOCOPHEROL.