

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- 066275

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6304 Société : RPA M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 78130

Nom & Prénom : S A G M N R

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 049623

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4304 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAJJID MIRA

Date de naissance : 27/4/1959

Adresse :

Tél : 0667030568 Total des frais engagés : 255,80dh 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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Argane Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 99 Bd Bourdeaux - Casablanca Tel 05 22 49 21 71 / 72 Fax 05 22 26 19 18	17/04/21	255,80
002010982		

[illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;">G</div> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لعلو

SPECIALISTE
DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Maarif

(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

اختصاصي
في أمراض الجلد و الشعر
و الأظافر

الأمراض التناسلية
جراحة الجلد

علم التجميل

72, زينة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعارف

الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le

15/04/2021

116,40x1

① Mr. SAJJID AMINA
flexan 500 : 15th de 29 feluls.
2 feluls x 2/j
et de SHOUR.
2 jours après
(après arrêt de SEP (CEN))

39,70x2

② Fucidine crème 2% crème
1 app x 2/j sur la lésion.

30,00x1

③ pansement
1 petite compresse stérile + sparadrap
2 fois/jour.

110,00x2

255,80

Pharmacie
Argane
Nezha El Aoud
Douteur en Pharmacie
99 Bo Bourdeaux - Casablanca
Tél 05 22 49 21 71 / 72 Fax 05 22 26 19 18

DR LAHLOU MAJID
DERMATO-VENEREOLOGUE
72, rue Ahmed El Mejjati
CASABLANCA
Tél. 022 253569

Tube de 15 g


Tube de 15 g



6 "118000"120582

(125x31x22)mm

LEO

Fabrique par  POLYMÉDIC sous licence LEO Pharma
Rue Amyot d'Inville, Quartier Aysalane
Casablanca - Maroc
Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable
MM N°132/17 DMP/21/NRQ

A conserver à température entre 15°C et 25°C

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

Liste 1

Uniquement sur ordonnance médicale

بنيانہ علی وصحفۃ طبریۃ ففقط

فوسیدین 2%
کریم انبوب

أنبوب من 15 غ

39, 72

Fucidine® 2% crème
Tube de 15 g



Fucidine® 2% crème

Acide fusidique

Tube de 15 g

انبوب من 15 غ

فوسيلين® 2% كريم
حمض فوسيليك

حمض فوسفيدك

Composition

Composition	Contenants	Par tube
Acide fusidique	2 g	300 mg
Excipient à effet noiotre: biphthoroxanolate, alcool carbylique et sorbitol de potassium.		
Autres Excipients : Glycérol, paraffine liquide (contient du tout-ne-alpha- tocophérol), polyacétate 80, vaseline (contient du tout-ne-alpha- tocophérol, acide chlorhydrique, eau purifiée qsp	100 g	15 g

الرقم	القيمة	التركيبة
3000	£ 2	مبلغ مالي
15	£ 100	مبلغ مالي

Acide hialuronique
 Excipients à effet notoire : butyrylhydroxyanisole, alcool cetylrique
 et sorbitole de potassium
 Autres Excipients : Glycerol, paraffine liquide (contient du
 tout- α -alpha-tocophérol), polyacétate Ca , vaseline (contient du
 tout- α -alpha-tocophérol), acide chlorhydrique, eau purifiée, qsp
 pour faire
 Vos cutanes
 Ne pas laisser à la portée des enfants
 Lire attentivement la notice avant emploi

بعض أو سوابقه
لنشاطات ذات تأثير مفرط أو تحليل جدير
أول سورة

C91463-07

24 كبسولة



500 ملج

فلوكساسيلين

فلو سكام

PPV 116DH40

LOT 00027 4
EXP 01/2023

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

AMM N° 1062 DMP/21

NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE
لا تتجاوز الجرعات المحددة

NE PAS LAISSER À LA PORTEE
DES ENFANTS
لا يترك في متناول الأطفال

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité
To be kept away from heat and
damp
يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة

Cette boîte contient
12 g de Flucloxacilline
This box contains 12 g
of Flucloxacillin

FORMULA - FORMULA:
Flucloxacilline 500 mg
(sous forme de sel sodique
monohydraté)
Excipient q.s.p. 1 gélule

IDEMCO

24 gélules

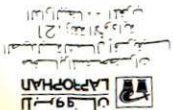


500 mg

Flucloxacilline

FLOXAM[®]

LABORATOIRES
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
CASABLANCA - MAROC



Se conformer à la prescription du
médecin
POSOLOGIE:
DOSAGE:
Follow the medical prescription

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب



24 gélules 500 mg

FLOXAM[®]

45X45X88

4

URGO

Compresse de gaze stériles



Les compresses Urgo ont été particulièrement étudiées pour le nettoyage et la protection des plaies.

- Très absorbantes, elles sont composées de gaze hydrophile 100% coton.
- Stériles, elles sont conservées dans des sachets pelables.

Conseils d'utilisation :

- Ouvrir le sachet sans toucher la compresse pour qu'elle conserve sa caractéristique stérile.
- Nettoyer la plaie à l'aide d'une compresse sèche ou imprégnée de sérum physiologique.
- Si nécessaire, badigeonner la plaie avec une compresse imprégnée d'une solution antiseptique liquide ou autre principe actif.

Conservation :

- Conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Mise en garde :

- La réutilisation d'un produit à usage unique peut provoquer des risques d'infection.

Sterifil S.A.

Siège social/Site de production : Douar Lkhara, Route Provinciale 3005, Km 6.5, Commune Sahel Had Soualem, Berrechid.

Siège administratif : Lotissement Taoufik, Rue 1, Espace Sans Pareil, Sidi Maârouf, 20270, Casablanca - MAROC.

Tél: +212 (0)522-975-597 - sterifil@sterifil.com

Certificat d'enregistrement n°2464/2016/DMP/20/DM du 30/09/2016



STERILE EO



620

2025-01



151120-04

2020-02



REF U6020MB