

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

M22- 0019031

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2706 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Chebouch Larbi

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1587846

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHABICHAT LADIA
Matricule : 2706 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : boisemeul 04 Dns. Rue A n° 86 Galigny
Tél. : 0661683351 Signature Adhérent : (Signature)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : Chignon
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances _____
A Casa le 09 / 06 / 22 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

1587846

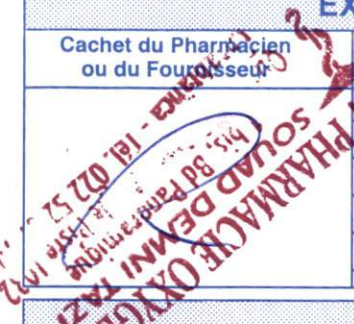
Matricule N° : _____
Nom du patient : _____
Date de dépôt : _____
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : _____



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
10/06/22	R8		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.06.22	553,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

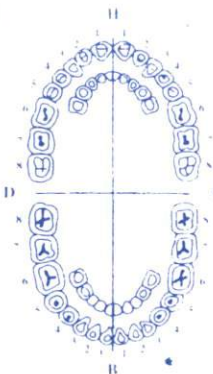
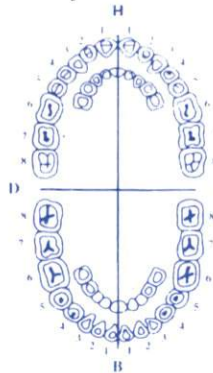
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez 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																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AHLAM ASRIRI

Spécialiste en Dermatologie
Medicale et Esthétique

Cosmétologie

Filler, bôtox, méso lift, peeling
laser

Chirurgie Dermatologique

Cicatrices et taches Pigmentaires

Dermatologie Pédiatrique

الدكتورة أحلام أسيري

طبيبة اختصاصية في أمراض الجلد

الشعر والأظافر

طب التجميل

إزالة الشعر، الندوب و الأوشام بالليزر

إزالة البقع السوداء

أمراض الجلد و حساسية الأطفال

الأمراض التناسلية

Le : 09 JUN 2022 / /

Chebicheb Louie

1/ Dycell 180 gel S.V.
76.20
83

1 gel. sans zone

2/ ADDA Vernis Ant-ongue S.V.
175.00
App / sur les ongles

3/ C. Coplast BB S.V.
150.00
553.60

Docteur Ahlam Asriri
Dermatologue
Tél : 05 22 56 20 13 - GSM : 06 62 15 92 16

ADDAX

EXPERT

Ongles abîmés et mycosés



NAILEXPERT

SOLUTION ONGLES MYCOSÉS

Complexe™ DS12

- ▶ **Traitement ciblé double action :**
 - Élimine les mycoses
 - Protège et régénère l'ongle
- ▶ **Résultats visibles dès 4 semaines**
- ▶ **Application précise et pratique**

Effacité cliniquement prouvée



ONGLES MYCOSES

LOT: BBA66

EXP: 02/2025

PPC: 175.00DH

LOT

F201021/03

φ **مستشفى الصيدلة**

PHARMACEUTICAL INSTITUTE

Bp 4491 - 11850 Ain El Aouda

Maroc

Maria SEDRATI

Pharmacien Responsable

LOT: 069
PER: JUL 2024
PPV: 76 DH 20

MYCOFLU®

Fluconazole



4 gélules



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

50X30X50

9

MYCOFLU 150 mg 4 gélules



6 118000 050391

F201021/03

φ **مستشفى الصيدلة**

PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491 - 11850 Ain El Aouda
Maroc

Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable

LOT: 069
PER: JUL 2024
PPV: 76 DH 20

MYCOFLU®

Fluconazole



4 gélules

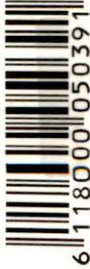


PHARMACEUTICAL INSTITUTE

50X30X50

9

MYCOFLU 150 mg 4 gélules



F201021/03

φ **مستشفى الصيدلة**

PHARMACEUTICAL INSTITUTE

BP 4491 - 11850 Ain El Aouda

Maroc

Maria SEDRATI

Pharmacien Responsable

LOT: 069
PER: JUL 2024
PPV: 76 DH 20

MYCOFLU®

Fluconazole



4 gélules



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

50X30X50

9

MYCOFLU 150 mg 4 gélules



6 118000 050391

5000425

3612621575576

LOT



3 337872 413018

100 mL, Made in France

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



CICAPLAST BAUME B5
Avec de l'eau thermale de La Roche-Posay

BAUME REPARATEUR APAISANT
Irritations cutanées de l'adulte, de l'enfant et du nourrisson

PANTHENOL 5 % + MADECASSOSIDE
ANTI-ADHESION BACTERIENNE / ANTIBACTERIAL-ADHESION TEXTURE

SOOTHING REPAIRING BALM
Skin irritation in adults, children and babies

sans parfum
fragrance-free

Imp. by/par Laboratoire La Roche-Posay Canada, Montréal H4T 1K5
La Roche-Posay, 48 - 28077 MADRID
La Roche-Posay, L.O.P., Lda. E. DP, António Loureiro Borges, 7
Minifloras - 1495-131 Algas - Portugal
La Roche-Posay, L.O.P., Lda. E. DP, António Loureiro Borges, 7
Paris de origine: France, País de origem: França
FRABEL, S.A. DE C.V. Félix Cuevas N°6, Col. Tlaquehemat del
Valle, México, D.F. C.P. 03200
INFORMACION LLAME SIN COSTO 018001002567 o al 5994955
Legajo N° 655, M.S. Res. 155/98 0-800-333-5276
L'Oréal AGENTINA S.A. (Juramento 1775, C14,8DMA, C.A.B.A.
L'Oréal CHILE S.A. Av. Chena 11101 - San Bernardo - Santiago Reg.
ISP N°1101C-3526/12
L'Oréal COLOMBIA S.A.S. Bogotá-Colombia
L'Oréal URUGUAY S.A. Avenida Italia 4723 Montevideo MSP 358
L'Oréal VENEZUELA C.A. Caracas - Venezuela - RIF: J-0009042-4
Distribución réservée aux distributeurs agréés La Roche-Posay.
London W6 8AZ
La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique
3A 75000 93384 ST OZEN CEDEX FR
www.laroche-posay.com

sem perfume
sin perfume

100 mL, Made in France

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



CICAPLAST BAUME B5
Avec de l'eau thermale de La Roche-Posay

BALSAMO REPARADOR CALMANTE
Irritaciones cutáneas. Adultos, niños y bebés

CON AGENTES ANTIBACTERIANOS / AGENTES PURIFICANTES
PANTHENOL 5 % + MADECASSOSIDE

BALSAMO REPARADOR APAZIGUANTE
Desconfortos cutâneos do adulto, da criança e do bebê

CICAPLAST
BAUME B5

100 mL



60967-30 - INGREDIENTS: AQUA / WATER, HYDROGENATED BUTYROPERUM PARFUM BUTTER, DIMETHICONE, GLYCERIN, BUTYROPERUM PARFUM BUTTER, SHEA BUTTER, STARCH OCTENYLSUCINATE, CETYL PEG-PPG-10/1 DIMETHICONE, TRIHYDROXYSTEARIN, ZINC GLUCONATE, MADECASSOSIDE, MANGANESE SULFATE, DISODIUM ALUMINUM HYDROXIDE, COPPER, GLYCINE, CITRIC ACID, ACETYLATED GLYCYL STEARATE, POLYGLYCERYL-4 ISOSTEARATE, 10-CO-PHENO, PENTABENZYLITRA-DI-T-BUTYL HYDROXYHYDROCHININAMATE, CI 77891 / TITANIUMDIOXIDE. (COP.F.L. B179256/1)
[ESP]AEN CN 159189-0 [CNP] 688481-2 [ACL] 9955999

Indicaciones: Irritaciones de la piel, de l'adulte, de l'enfant et du nourrisson (gerçures, dartres...). Echaufouements cutanés (chapping, rough patches...). Sur le corps, le visage et les lèvres. Tolérance optimale testée sur peaux sensibles.
Propiedades: Reparación epidérmica óptima [Madecassoside] + [Copper - Zinc - Manganese] Soalgamiento de zonas sè [Panthenol 5%] Protección de la piel [Panthenol 5%] [Textura rica et nourrissante] + [Anti-adhèsion bactérienne] Resultados: Reparada y calmada, la piel recupera su confort y suavidad.
Utilización: Aplicar 2 fois par jour sur une peau préalablement nettoyée et sèche. Peut s'appliquer en couche épaisse. Eviter le contour des yeux.
Indicaciones: Irritaciones de la piel, de l'adulte, de l'enfant et du nourrisson (gerçures, dartres...). Echaufouements cutanés (chapping, rough patches...). Sur le corps, le visage et les lèvres. Tolérance optimale testée sur peaux sensibles.
Propiedades: Reparación epidérmica óptima [Madecassoside] + [Copper - Zinc - Manganese] Soalgamiento de zonas sè [Panthenol 5%] Protección de la piel [Panthenol 5%] [Textura rica et nourrissante] + [Anti-adhèsion bactérienne] Resultados: Reparada y calmada, la piel recupera su confort y suavidad.
Utilización: Aplicar 2 veces al día sobre la piel previamente limpia y seca. Puede aplicarse una capa espesa. Evitar el contorno de los ojos.
Indicaciones: Irritaciones de la piel, de l'adulte, de l'enfant et du nourrisson (gerçures, dartres...). Echaufouements cutanés (chapping, rough patches...). Sur le corps, le visage et les lèvres. Tolérance optimale testée sur peaux sensibles.
Propiedades: Reparación epidérmica óptima [Madecassoside] + [Copper - Zinc - Manganese] Soalgamiento de zonas sè [Panthenol 5%] Protección de la piel [Panthenol 5%] [Textura rica et nourrissante] + [Anti-adhèsion bactérienne] Resultados: Reparada y calmada, la piel recupera su confort y suavidad.
Utilización: Aplicar 2 veces al día sobre la piel previamente limpia y seca. Puede aplicarse una capa espesa. Evitar el contorno de los ojos.

Indicaciones: Dry skin irritations in adults, children and babies (chapping, rough patches...). Cutaneous heating sensations in adults. Can be applied to body, face and lips. Optimal tolerance, suitable for sensitive skin.
Properties: Optimal skin recovery [Madecassoside] + [Copper - Zinc - Manganese] Soothing of dry, irritated areas [Panthenol 5%] Skin protection [Rich, nourishing texture] + [Antibacterial-adhesion texture] Results: Skin is repaired, soothed and regains comfort.
Application: Apply twice daily to pre-washed and dried skin. Can be applied in a generous layer. Avoid the eye contour area.

Le :/...../.....

Mme Chebicheb Louisa
est bénéficiaire de l'exercice d'un
durillon de sa main gauche
à 500 dh. (Cinq cent dirhams)

Docteur Ahlam ASRIRI
Dermatologue-Cosmétologue
179, Bd R. Gdira (ex nil)
2ème étage - Casablanca
Tél: 0522 56 20 13 - GSM: 06 62 15 92 16

Docteur Ahlam ASRIRI
Dermatologue-Cosmétologue
179, Bd R. Gdira (ex nil)
2ème étage - Casablanca
Tél: 0522 56 20 13 - GSM: 06 62 15 92 16