

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.

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 : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-706730

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 929 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUMI KHADIJA

Date de naissance : 13-12-1990

Adresse : Lot Tissir, N°04 DAR BOUZZA, Casablanca

Tél. : 06 44 46 54 66 Total des frais engagés : 678,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : DOUMI Khadija Age : 31 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gynécologique / Myos

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 : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
27 OCT. 2022	ES		300 dh	INP : 081183226

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Fouad Elahi Aoual Tél: 0664 290 390 INPE: 092103340	27.10.22	378,30

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HIND DLIA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi de grossesse-accouchement
Echographie
Chirurgie gynécologique
Chirurgie du sein
Coelioscopie, Colposcopie
Hystérocopie
Infertilité du couple

الدكتورة هند اضليعة

اختصاصية في أمراض النساء و التوليد

تتبع الحمل و الولادة
الفحص بالصدى
جراحة أمراض النساء
جراحة الثدي
الجراحة بالمنظار
الفحص بالمنظار الداخلي
علاج عقم الزوجين

Le 27 OCT 2022

Mlle M^{me}

Doumi Khady

8730
1/ Dermofix crème
2- 44,30 = 8860
2/ Lavagne oul
2- 4670 = 9340
3/ Nocand gel

Puis

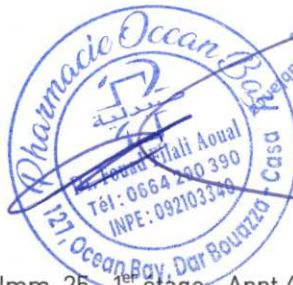
10900
4/ Rebisgel
3283

1 x 2/j ptk 15j
Man

1 / 8j ptk 6j

1 / 8em ptk 88em

1/j 68 ptk 5j



Résidence Basma 1 - Imm. 25 - 1^{er} étage - Appt 4 - Aïn Sebaa - Casablanca

Tél.: +212 522 34 22 26 - Email : dr.hinddlia@gmail.com

Prebïogel®

Régulateur du pH vaginal

Administration intravaginale,
le soir en position allongée

Conseils d'utilisation

- **Traitement symptomatique :**
Utiliser un tube par jour le soir au
coucher pendant 5 jours
- **Traitement préventif :**
Utiliser un tube par jour le soir au
coucher pendant 2 ou 3 jours
après chaque menstruation

Composition

- **Acide lactique, glycogène,**
eau, propylène glycol,
Hydroxypropylméthylcellulose,
lactate de sodium.

Sans conservateurs, ni arômes

Conserver à une température
entre 5° et 30°C



Prebïogel®

Gel Vaginal

Traitement et prévention de
la Vaginose Bactérienne



5 tubes à usage unique
5 ml par tube



Prebïogel®

Gel Vaginal

Prebïogel® traite les symptômes de
la vaginose bactérienne et prévient
leur récurrence.

Prebïogel® permet de rééquilibrer de
façon immédiate le pH vaginal, et
restaurer sa valeur acide normale
quand celle-ci est altérée par des
infections vaginales bactériennes ou
fongiques, par des traitements
prolongés avec des antibiotiques ou
des contraceptifs ou après les règles
et durant la ménopause.



Fabricant :

Laboratoires Liconsa, S.A
Poligono Industrial Miralcampo
Avda, Miralcampo, 7
19200 Azuqueca de Henares
Guadalajara, Espagne

Importé par :

ALTHEA S.A
76, Allée des casuarinas Ain Sebaâ
20580 Casablanca, Maroc



Prebïogel®

Gel Vaginal

Traitement et prévention de
la Vaginose Bactérienne



5 tubes à usage unique
5 ml par tube



PPC : 109,00 DH

LOT : R02
PER : 03/2024

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
 Fluconazole 150 mg
 Excipient : q.s.p. 1 gélule.
 Liste des excipients à effet notoire : lactose.
 Boîte de 4 gélules, soit 600 mg de fluconazole

SS1001
 81/90

PPV: 46DH70
 PER: 06/26
 LOT: L2135-2

NOCAND®
 Fluconazole

Voie orale

bottu s.a.

b 82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
 S. Bachouch - Pharmacien Responsable

4 gélules

150 mg

NOCAND®
 Fluconazole
150 mg
4 gélules

18x45x97

MISES EN GARDE SPECIALES :
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
 Lire attentivement la notice avant utilisation.
PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :
 A conserver à une température inférieure à 30° C.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Litho typ
 7

نوكاند®
 فليكونازول

150 ملغ

4 برشعات

NOCAND® 150 mg
 Fluconazole
4 gélules

61180001041368

عن طريق الفم

بوتو ش.م.
 82، شارع الكازارينا، عين سبة - الدار البيضاء
 س. باخوش - صيدلي مسؤول

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Fluconazole 150 mg
Excipient : q.s.p. 1 gélule.

Liste des excipients à effet notoire : lactose.

Boîte de 4 gélules, soit 600 mg de fluconazole

18x45x97

PPV: 46DH70
PER: 06/26
LOT: L2135-2

551001
81/90

NOCAND®
Fluconazole

Voie orale

bottu s.a.

b 82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

4 gélules

150 mg

150 mg

NOCAND®
Fluconazole

4 gélules

MISES EN GARDE SPECIALES :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 30° C.

Litho typé
7

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

نوكاند®
فليكونازول

150 ملغ

4 برشعات

NOCAND® 150 mg
Fluconazole
4 gélules

عن طريق الفم

بوتو ش.م.
مركز الكارتيست - مح. الصيغ - الدار البيضاء
م. الباشاوي - مسؤول

b



6 118000 041368

لر مو فيكس[®] دهن 2% سرتاكونازول

Dermofix[®] crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259

أنبوب 30 غ

يستعمل فوق الجلد



Dermofix[®] crème 2%

Sertaconazole
Tube de 30 g



التركيبة :
سرتاكونازول نترات 2 غ
سوربات لاجل 100 غ

إفرا النشرة الداخلية قبل الاستعمال
لايتوك في متناول الأطفال
يحفظه به في حرارة لا تتعدى 25 درجة

NE PAS AVALER

2

Dermofix[®] crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

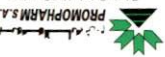
Tube de 30 g



Composition :

Sertaconazole Nitrate (D.C.I) 2 g
Excipients (dont E218 & Acide sorbique) q.s.p. 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation
A conserver à une température ne dépassant pas +25°C



Z.I. du Sanel - Hâd Soualem
S/L de FERRER INTERNATIONAL

2CS0033 V01



0378



150 ملغ

بفاجين[®]

نيترات إيكونازول

- مضاد للفطريات
- مضاد للجراثيم



LABORATOIRES
Pevagine
3 ovules

3 بويضات نسائية

Composition :
Nitrate d'Econazole..... 150 mg
Excipient q.s.p..... 1 ovule

Indications :
Traitement des mycoses vaginales
surinfectées ou non par le gram +

Pevagine® 150 mg
Boîte de 3 ovules



1180000905888

A16971

44,30

58x22x70