

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3399	Société :	PAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	189524
Nom & Prénom :		FARES ESSADINE GHANDI	
Date de naissance :		31.07.1960	
Adresse :		Appartement 1, 72, colline 1, N°4, CALIFORNIE CASABLANCA	
Tél. :	0661214935	Total des frais engagés :	557,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

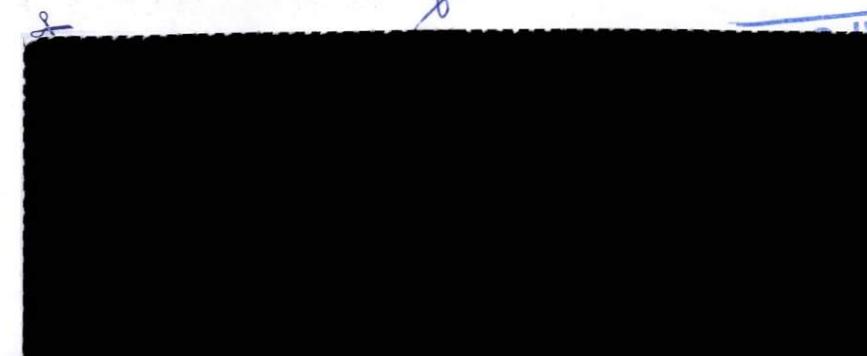
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11	M	2023
Nom et prénom du malade :	FARES ESSADINE GHANDI		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Angiomyox.		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	<input type="checkbox"/> Pathologie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Tét. 0522 253 569-0661 066 918		
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 : QASA

Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M23-0015221

RELEVE 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
11/11/23	Controle	Controle		<i>Dr. LAHLI MAARIF</i> Dermatologue Venereologue 72, Rue Ahmed Ben Ali, Melati Maarif Tel: 0522 253 569-0661 066 978

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

11/11/23 557.60 DHS

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and				

Docteur Majid Lahlou

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

الدكتور مجيد لحلو

اختصاصي

في أمراض الجلد والشعر

والاظافر

الأمراض التنسالية

جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة أحمد المجاطي (سابقا ز. ذي زالب)

الطابق الثاني - المعاريف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

المحمول: 06 61 06 69 78

Dr. LAHLOU MAJID
Dermato-veneréologue - Vénéréologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tél. 0522253569-0661066978
CASABLANCA le 11 NOV 2023

37,10 x 4
① Jonsien Ghiseo

Faré Seddine. GHANDI

S.V.

1x10 x 8/1 a mme de
rep de petit dej et de Dr.
② préparation à visée thérapeutique

S.V.

45,20 x 2
③ mycoster (5 mm) my codens

N = 2 = 2 tabl

S.V.

④ xanal 40 special onglets
rapp x 2/1 s les onglets
102,00 orteil

S.V.

⑤ pullet 20 mg x 15 de 280 g
1 et 1/2 tasse mat le
petit dej et



Dr. LAHLOU MAJID
Dermato-veneréologue - Vénéréologue
72, Rue Ahmed El Mejjati Maarif
Tél: 0522253569-0661066978

T = 557,60

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



9 118000 011118

LOT : 23E009
PER : 07/2026

LOT : 23E009
PER : 07/2026

MYCOSTER 1%
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



9 118000 011118

MYCOSTER® 1%

Ciclopiproxolamine
Crème

Ciclopiproxolamine
Crème

D
DE
I

®

(غربيزيلوفلوكسيفن ميكرونيزري)

٥٠٠ مانج ١٦ قرص



محابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا . 21، زنقة الأوداية - الدار البيضاء

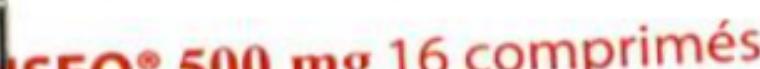
لا بروفان

GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028

LOT 20025 3



GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028

LOT 20025 ?



GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028

LOT 20025 3



GRISEO® 500 mg 16 comprimés

PPV 37DH10

EXP 01/2028

LOT 20025 3

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22241
PER : 05/2025
PPU : 102,00 DH



AULCER®

Oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

Sous l'effet d'agressions extérieures (chocs, traumatismes...) ou internes (carences, traitements médicaux...), les ongles peuvent s'épaissir, durcir, présenter des stries, des déformations ou encore être cassants.

ONGLES XERIAL 40

Soins ongles abimés, épaisse. Lisse et protège l'ongle des agressions extérieures.

ACTIFS DERMATOLOGIQUES À HAUTES DOSES

Urea pure 40%	Lisse l'ongle
---------------	---------------

EFFICACITÉ PRÉVUE SUR PEAUX SENSIBLES

Tube pinceau. Peut s'utiliser seul ou en complément des traitements dermatologiques locaux. Précautions d'emploi : lire attentivement la notice avant utilisation.

Trattamento unghie rovinate e ispessite. Leviga e protegge l'unghia dalle aggressioni esterne.

ATTIVI DERMATOLOGICI A DOSI ELEVATE

Urea pura 40%	Leviga l'unghia
---------------	-----------------

EFFICACIA TESTATA SULLA PELLE SENSIBILE

Tubo con applicatore integrato. Può essere usato da solo o in associazione a trattamenti dermatologici. Avvertenze: leggere attentamente il foglio illustrativo prima dell'uso.

Cuidado para unhas danificadas e grossas. Tubo-pincel. Pode utilizar-se sozinho ou como complemento de tratamentos dermatológicos localizados. Precações de utilização: antes de aplicar, ler atentamente o folheto.

Zel do pielęgnacji zniszczonych i pogrubionych paznokci. Tuba z pędzelkiem. Można stosować samodzielnie lub jako uzupełnienie miejscowej kuracji dermatologicznej. Środki ostrożności: przed każdym użyciem, należy uważnie przeczytać ulotkę.

Verzorging voor beschadigde en verdikte nagels. Tube met borsteltje. Om alleen te gebruiken of als aanvulling op andere lokale dermatologische behandelingen. Voorzorgen bij gebruik: aandachtig de gebruiksaanwijzing lezen vóór gebruik.

Pflege gegen gerissene und verhärtete Nägel. Pinseltube. Allein oder ergänzend zu lokalen dermatologischen Behandlungen zu verwenden. Vorsichtsmaßnahmen: vor der Anwendung Gebrauchsanweisung aufmerksam lesen.

Средство ухода за поврежденными и утолщенными ногтями. Туба с кисточкой. Средство может использоваться как отдельно так и в комплексе с локальным дерматологическим лечением. Меры предосторожности: перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией.

لotion pour ongles abimés, épaisse. Brosse à ongles. Peut s'utiliser seul ou comme complément de traitements dermatologiques locaux. Précautions d'emploi : lire attentivement la notice avant utilisation.

10ml - 0.34 FL.OZ.



LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

ONGLES XERIAL 40

Pure urea 40%

GEL UNGHIE ROVINATE, ISPESSE

UÑAS DAÑADAS Y ENGROSADAS GEL

BAMBINI, ADULTI
SENZA PROFUMO

NIÑOS, ADULTOS
SIN PERFUME

10ml - Made in France

