

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 Étage 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° W21-777725

146161

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : K R A T I S A I D

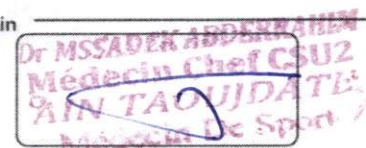
Date de naissance : 13 09 1959

Adresse : 5, rue elhouhouch Haytanik 2 Féd

Tél. 0614317590 Total des frais engagés : 230,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01-12-2022

Nom et prénom du malade : K R A T I S A I D Age : 63

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 : 01 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/12/2022		CSU	CSU	INP : 08/06/2022
				Dr. MISSADEK ABDERRAHIM Médecin Chef CSU2 Ain Taoudia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IFRAN Dr. M. AMRHAN	1/12/2022	230.07

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 canalaire, 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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Formation sanitaire :

Date : 07/12/2022

Nom et Prénom : Kati - Min

ORDONNANCE MEDICALE

92.40x2

Lo Vany



45.29

Mye



Dr. M. AMRHAD

230.00

Dr. MSSADEK ABDERRAHIM
Médecin Chef CSU2
ATV TACHENATE
Médecin De Santé

Cachet et Signature :

Lire attentivement la notice avant emploi.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.
Avaler les comprimés tels quels avec un verre d'eau.

Composition : Spiramycine : 3 000 000 U.I.
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.



Rovamycine 3 M.U.I



احترم النماذج الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ

LOT : 20E002
PER.: 12 2022

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Rovamycine 3 mul, cp b 10
P.F.V : 92,40 DH



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

روقاميسين 3 م.و.د.

سبيراميسين

10 أقراص مغلفة

عن طريق الفم





روقاميسين 3 م.و.د.

سبيراميسين

10 أقراص مغلفة

عن طريق الفم

Lire attentivement la notice avant emploi.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Avaler les comprimés tels quels avec un verre d'eau.



Rovamycine 3 M.U.I

احترم المبادئ الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول أ

PER.: 12 2022

LOT : 20E002

Sar ofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Rovamycine 3 mui, cp b 10

P.F.V : 92,40 DH



Composition :

Spiramycine : 3 000 000 U.I.
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ

20250 Casablanca

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

مرهم

ستيلوكسولامين

1%
متكوستر

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Crème



MYCOSTER 1%
CREME 130g
P.P.V.: 45DH20

LOT: 22E015
PER: 10 2025

30 g
TUBE

Indications thérapeutiques :

Dermatoses surinfectées ou non par des bactéries, onychomycoses à dermatophytes, dermatite séborrhéique légère à modérée du visage.

Mode et voie d'administration : Voie cutanée.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 30°C.

Composition qualitative et quantitative :

Ciclopiroxolamine 1 g.

Excipients :

Octyldodécanol, paraffine liquide légère, alcool stéarylique, alcool cétylique, tétradécanol, diéthanolamide d'acides gras de coprah, polysorbate 60, stéarate de sorbitan, alcool benzylique, acide lactique, eau purifiée, q.s.p. 100 g.

الزيادات العلاجية
- لظار الجلد أو الأظفار (فطريات) ناجمة عن
الفطريات المرافقة أو لا يتبعها تاليف
بكتيرية.
- التهاب الجلد الرطبي خفيف إلى معتدل
في الوجه.
طريقة الاستعمال
عبر الجلد.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومناول
الأطفال

يجب قراءة فمدة المستمرة يتمعن قبل
الاستعمال
يحفظ في درجة حرارة أقل من
30 درجة مئوية.

Pierre Fabre
mophar

Km 10, route côtière 111
quartier Industriel, Zénaga, Ain Sebâa
Casablanca - Maroc

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g

6 118000 011118

