

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-777725

146161

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5221	Société : R A M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : K R A T I S A I D			
Date de naissance : 13 09 1959			
Adresse : 5, rue elhoudhoud Hay tank 2, Fès			
Tél. 06 14 31 75 90	Total des frais engagés : 230,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médétin :
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 : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.

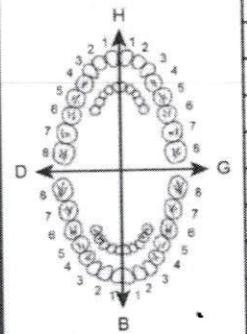
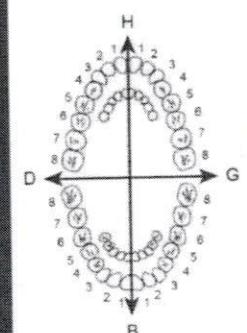
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : ACCUEIL
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 01/12/2022

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
01/12/2022		65	65	INP : 1087066377 S DR ISSADEK ABDERRAHIM Médecin Chef CSU2 AIN TADDEHATE / SIDI BOUZID /

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/12/2022	230.02

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 21433552 00000000 00000000				
D 00000000 00000000 35533411 11433553				
B <input type="text"/>				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DELEGATION PROVINCIALE D'EL HAJEB



المملكة المغربية
وزارة الصحة
والحماية الاجتماعية
المندوبيية الإقليمية للحاجب

Formation sanitaire :

Date : 07/12/2022

Nom et Prénom : Khati - Main

ORDONNANCE MEDICALE

92.62 X 2
Le 12/12/2022
im 357



45.29 Mygale n° 6
BPL t
230.00



Dr. MSSADEK ABBERRAHIM
Médecin Chef CSU2
AIN TAOURIT
Ministère De la Santé

Cachet et Signature :

روڤامیسین ۳ م.و.د.

سيبراميسين

عن طريق الفم
10 أقراص مغلفة

Rovamycine 3 M.U.I

احذر المضار الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



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 : 3 000 000 U.I.
Spiramycine : un comprimé pelliculé.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Aïn Sebaâ Casablanca
Rovamycine 3 mui, cp b 10
P.P.V : 92,40 DH



PER : 12 2022
LOT : 200E02

composition :

sanofi-aventis Maroc

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

روڤامیسین ٣ م.و.د.

سيبراميسين

عن طريق الفم
١٠ أقراص مغلفة

Rovamycine 3 M.U.I

احذف المقادير المودعة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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



d'eau.

Avaler les comprimés tels quels avec un verre

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire attentivement la notice avant emploi.

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Aïn Sebaâ Casablanca
Rovamycine 3 mui, cp b 10
P.P.V : 92,40 DH



PER : 12/2022
LOT : 200E002

sanofi-aventis Maroc

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

مِيَكُوْسْتَرٌ ١٪
MYCOSTER® 1%

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Crème



P.P.U. 450H20
MYCOSTER 1%
CREME 30g
10122005

PER.10.2025
0

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 :

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

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال
يجرب تراويم هذه النشرة بمعنى قبول
يحفظ في درجة حرارة تقل عن
30 درجة مئوية.

المزيدات العلاجية
المزيدات المدروأ أو الألغاف أو بمعنفات ماذوفة
بكتيرية، الجلد الزعفي يخفي إلى متداول
في الوجه، طريقة الاستعمال
غير المدروأ.

Pierre Fabre
morphar

Km 10, route côtière 111,
Quartier Industriel Zemta, Ain Sébaâ
Casablanca - Maroc

MYCOSTER® 1%
Crème
Tube 30 g

