

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

- 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.

M22- 0058583

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13.250 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Drissi Dounia

Date de naissance : 19/10/1988

Adresse : 3 Rue Benghazi app 4 Hassan, Rabat

Tél. : 06.59.35.2007

Total des frais engagés : 273,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/7/23

Nom et prénom du malade : Drissi Dounia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bundel

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) :

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
27/7 27	C	1	150	DR Cachet N° 101043354 14, Rue du 11 Novembre 1918 Tél. 0537 77 59 56/0537 68 31 78 INPE: 101043354

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAPEP Propriétaire : Dr. BACH MARY Tél. 0625 78 88 Perles de Nouveau	27.07.27	193,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
	35533411 11433553

(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**

DOCTEUR COULON NAJID JOSIANE

RABAT LE: 24-7-23

MEDECINE GENERALE

HOMEOPATHIE

54 ,RUE OUED SEBOU AGDAL RABAT

TEL :05 37 77 59 56 /05 37 68 31 39

ICE0016981220084

2008+ Dr. Franci Daniels



1. Dono yedan ſe. 1 + 5
8230 14 a. Medi  4

24/11/1990
ASL
Celestine 2 my
24/11/1990 Dar 1/2
Jane & Son à Jidi
5 J-
Dr. Coulon Najid JOSIANE
Médecin Généraliste
Rue du 1er Novembre
Téléphone 033 88 32 22
033 88 33 54
1010 3354

Dr. Colom Nadjid JOSIANE
Médicin généraliste
54, Rue de la Gare 75017 Paris
Tél: 05 33 77 50 17 - 06 33 77 50 17
INPE: 1010 43354

MONOZECLAR® 500 mg
pecter les doses prescrites

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Liste I - Uniquement sur ordonnance

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
لانحة | - بناء على وصفة طبية فقط



MONOZECLAR® ⑥
500 mg Clarithromycine كلاريتروميسين 500 ملغ

5 comprimés pelliculés
à libération modifiée
Voie orale

5 أقراص مغلفة ذات تحرير معطل
عن طريق الفم



MONOZECLAR®

500 mg Clarithromycine
5 comprimés pelliculés à libération modifiée

مونوزيلار
كلارثروميسين 500
5 أقراص ملائكة ذات تحرير ممتد

Abbott

Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التسويق في المغرب
Laboratoires Maphar
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel
Zenata-Ain Sebaâ
MAROC

المصنع /
Fabricant /
AbbVie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,
Campoverde, Aprilia (LT)
I-04011, Italy No. 00M299

دواء مخصوص
للاطفال
30 قرصاً يومياً بجرعات متساوية
لечение العدوى

دواء مخصوص
للاطفال
500 mg 5 قرصاً يومياً

..... Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant jours.

Traitement débuté le
..... أيام.

قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال أيام.

بدأ العلاج بتاريخ

MONOZECLAR® 500mg
Boite de 5 COM PEL
P.P.V : 87,30 DH



6 118001 183821

Maphar
Km 10, route côtière 111
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca
Maroc

04-2025
05-2022
1171265

.....
.....
.....

Emballage extérieur à l'abri de la lumière.
A conserver en dessous de 30°C, dans
un endroit sec et sec.

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate,
Pour un comprimé pelliculé à libération modifiée
Clarithromycine 500 mg
Composition

Lot:
Fab:
Exp:



Célestène®
2 mg

Composition : bétaméthasone
2,00 mg pour un comprimé.

Excipients à effet notable : aspartam
(E951), lactose.

A conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

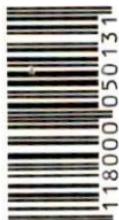
20 comprimés
2 mg

20 comprimés
2 mg

20 comprimés
2 mg

comprimé
dispersible sécable
bétaméthasone

VOIE ORALE
RESERVE A L'ADULTE



6118000050131

MSD France
10-12 Cours Michelet
92600 Puteaux

Sous licence de MSD France
Fabriqué et distribué par:

PHARMACEUTICAL INSTITUTE
OUIM AZIZA, BP 4491,
H1 12100 AÏN AÏSSA, MAROC.

AMM N° 593/18 DMP/21/NRQ



سيlestين®
2 ملغ

أغراض
سرعة الانتشار وقلة المكسر
بيان ميزان

طريق الفم
بار

LOT : 463
PER : AVR 2025
PPV : 36 DH 60

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Lire la notice avant utilisation.

TEIN HORS DE LA PORTEE ET
DE LA VUE DES ENFANTS



RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES