

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie


M22- 0058583

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13.250** Société : **R.A.M.**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **170262**
 Nom & Prénom : **Drissi Dounia**
 Date de naissance : **19/10/1988**
 Adresse : **3 Rue Benghazi appt 4 Hassan, Rabat**
 Tél. : **06 59 35 2007** Total des frais engagés : **273,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

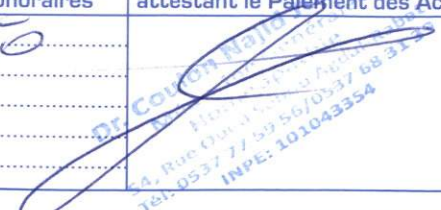
Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **12/7/23**
 Nom et prénom du malade : **Drissi Dounia** Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Burdette**
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et 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) :

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
27/03	C	1	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	22.03.25	123.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

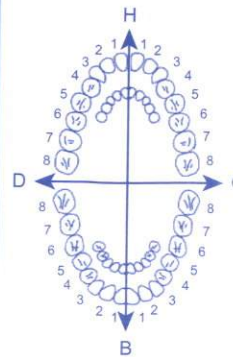
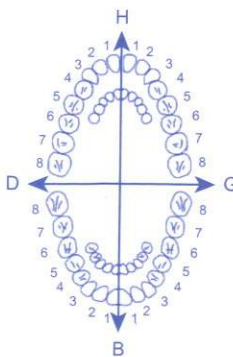
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

MONOZECLAR® 500 mg

Respecter 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 ومراى الأطفال
لائحة I - بناء على وصفة طبية فقط



MONOZECLAR® [Ⓜ] **مونوزيكلار**
500 mg Clarithromycine **كلاريثروميسين 500 ملغ**

5 comprimés pelliculés
à libération modifiée
Voie orale

5 أقراص مغلفة ذات تحرير معطل
عن طريق الفم

5 comprimés
pelliculés à
libération modifiée

Lot:
Fab:
Exp:

1171265
05-2022
04-2025

حصة رقم:
صنع في:
صالح إلى:

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

Traitement débuté le.....

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

بدا 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

Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التسويق في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebaâ

MAROC

Fabricant / المصنع

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299



MONOZECLAR®

500 mg Clarithromycine

5 comprimés pelliculés à libération modifiée

مونوزيكلار

كلاريثروميسين 500 ملغ

5 أقراص مغلفة ذات تحرير معدل

Composition
Clarithromycine 500 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération modifiée
Excipient à effet notoire : lactose monohydraté,
sodium.
À conserver en dessous de 30°C, dans
l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

التركيب:
كلاريثروميسين 500 ملغ
لقرص مغلف ذو تحرير معدل
مواد فعالة معروفة: لاكتوز أحادي التمييه
صوديوم
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30
درجة مئوية. يحفظ في العبوة الخارجية بعيدا عن الضوء



Céléstène®
2 mg
 comprimé
 dispersible sécable



20 comprimés
 2 mg

20 comprimés
 2 mg

20 comprimés
 2 mg

2

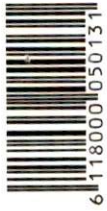
20 comprimés
 2 mg

Céléstène®
2 mg
 comprimé

dispersible sécable
 bétaméthasone

VOIE ORALE
 RESERVE A L'ADULTE

Composition : bétaméthasone
 2,00 mg pour un comprimé.
Excipients à effet notoire : aspartam
 (E951), lactose.
**A conserver à une température ne
 dépassant pas 25°C.**



61118000050131

MSD France
 10 - 12 Cours Michelet
 92800 Puteaux
Sous licence de MSD France
 Fabriqué et distribué par:

AMM N° 593/18 DMP/21/NRQ

PHARMACEUTICAL INSTITUTE
 OUM AZZA, BP 4491,
 P.O. 12100 AIN Aoudia, MAROC.



سيلستين
 2 ملغ

أقراص
 سريعة الانتشار وقابلة للكسر
 بيتا ميتازون

من طريق الفم
 بار

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



**RESPECTER LES DOSES
 PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET
 DE LA VUE DES ENFANTS

