

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

- 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.

M23-0024932

2012/08

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2465 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

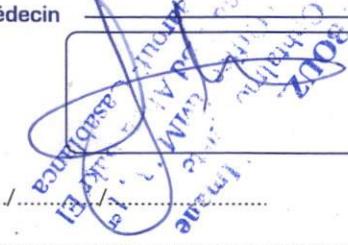
Nom & Prénom : HAGAOUI ABDALLAH

Date de naissance : 21/01/1953

Adresse : 34, Route 1er Décembre, Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

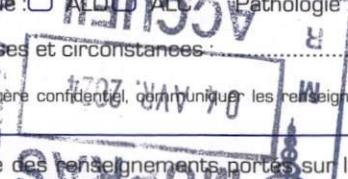
Date de consultation : / /

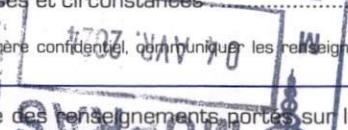
Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

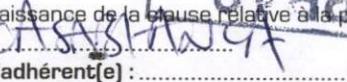
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 15/01/2014

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
05/01/2021				Contrôle Dr. ROUZIAINE TRAITEMENT Dr. Chirurgien Dentiste, IMMO, IMPLANT 14, Bd. Abou Ben Kacem Casablanca Tél: 0522 624 30 - Casablanca Pratiquant: Dr. ROUZIAINE TRAITEMENT INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
INPE PHARMACEUTIQUE REAL IMPERIAL Maison Rose, Côte d'Or Télé: 0522 624 30 - Casablanca Pratiquant: Dr. ROUZIAINE TRAITEMENT INPE	092009513 5/1/21	206,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

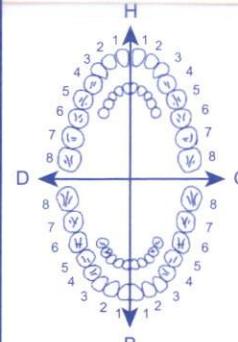
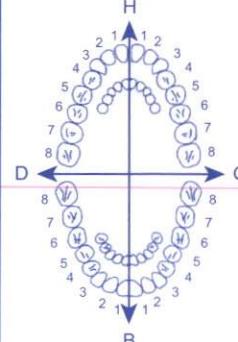
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				Date de l'Execution
				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

05 janvier 2024

Mr. HARAOWI Abdallah

CHIBROCADRON

28,65
1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs
, dans l'œil gauche

✓ 7.5

FRAKIDEX POMMADE

20,80
1 app le soir, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

✓ 10

THEALOSE COLLYRE

152,00
1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux , pendant 1
Mois .

✓ 15
Télé: 022 364 30 30 - Casablanca
Mobile: 0522 364 8197
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Dr. BOUZIANE Imane

فراکیدکس® FRAKIDEX®

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

فوسفات دیکسامیثازون صودی/سولفات فرامیسیتین

مرهم للعين / Pommade ophtalmique

BAUSCH + LOMB

Date de fab Date Exp Lot

06.2023	05.2025	103
---------	---------	-----

COMPOSITION

Composition :
Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g.
Sulfate de framycétine 315 000 UI.
Excipients : vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g

التركيب: فسفات صودي ديكساميتياسون 0,1 غ
سلفات فراميسيتين 315 000 وحدة دولية
مواءمات: هازلين، بارافين سائل لك ل 100 غ

رخصة فرنسا رقم 326 452 1
مقرر تسجيل الجزائر رقم 096/17D125/01
رخصة تونس رقم 5283073
AMM France n° /
CLV Algérie n°/
AMM Tunisie n° /



Tube de 5 g / قبض 5

DETENTEUR DE LA D.E / DE L'AMM:
صاحب مقرر التسجيل، حامل الرخصة:
LABORATOIRE CHAUVIN

34961 Montpellier Cedex 2, France

3 Nom et adresse du patient / العنوان/العنوان

Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

INDICATIONS ET POSOLOGIE :
Lire attentivement la notice. Appliquer sur l'œil.
NE LAISSER NI À LA PORTEE NI À LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température inférieure à 25°C.

Frakidex est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

القائمة | Liste | حالات الاستعمال والمقادير.

قرأ النشرة بانتباه. يوضع على العين.
لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال
حفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°.

Liste I

NE PAS AVALER
لا يبتلع

E2762C10MAG/0722

Ne pas utiliser chez la femme
d'âge mûr ou chez la personne
enceinte sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique

CHIBRO-CADRON
= DANGER
+ GROSSESSSE



9 1180011-071425

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - P.P.V : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182
Bouskoura - MAROC



USTE 1 - Utiliser exclusivement sur ordonnance

NE PAS ARRÊTER - NE PAS INTECER
MESPECIFIQUE LES DOSES PRESCRITES

Chibro-Cadron 5 ml

شبرو-كادرون 5 مل

Lot / Fab / EXP

0880
07 2023
07 2026

25378100

STERILE A

معقم



تاریخ أول فتح

Date de première ouverture

تیالوز

تريالوز 3 %
هيالورونات الصوديوم 0,15 %
 محلول للعين
 يحمي، يمهد ويزيل
 العين

10 مل

بدون ماء

3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

VR2762C10MAG/0722



Détenteur de la décision d'homologation :

Laboratoires Théa
12, rue Louis Blériot
63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2
France

صاحب شهادة المستلزم الطبي :

مخابر تيالوز
12، شارع نويس بليري
63017 كليرمون فيرون - سينيكس 2 فرنسا

Théa CE 0459

