

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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2465 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAGAOU ABDALLAH
 Date de naissance : 21/01/1953
 Adresse : 34 Route El 2132, Rue Ben Sh
 285 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

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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 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

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
05/01/24				Controle

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/1/24	206,40

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

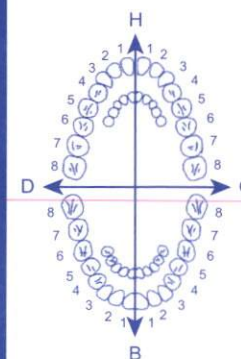
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(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



ORDONNANCE

05 janvier 2024

Mr. HARAOUI Abdallah

CHIBROCADRON

286
1 goutte 4 fois par jour pdt 7 jrs
, dans l'œil gauche

FRAKIDEX POMMADE

2080
1 app le soir, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

THEALOSE COLLYRE

157,00
1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux , pendant 1
Mois

PHARMACIE AL WOUHOUD
67, rue des roses A Coté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél: 05 22 30 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192
DR. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Panorama Office, IM 13, 1er
étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr
El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

FRAKIDEX® فراكيدكس

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

فوسفات ديكساميثازون صودي / سولفات فراميسيتين

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

06.2023
05.2025
Date de fab
Date Exp
Lot

COMPOSITION :

Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g.

Sulfate de framycétine 315 000 UI.

Excipients : vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g

التركيب : فوسفات صودي ديكساميثاسون 0,1 غ

سلفات فراميسيتين 315 000 وحدة دولية

سواغات : هازلين، بارافين سائل ل. ل. 100 غ

AMM France n° /

رخصة فرنسا رقم 326 452 1 3

CLV Algérie n° /

مقرر تسجيل الجزائر رقم

096/17D125/01

AMM Tunisie n° /

رخصة تونس رقم 5283073



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

كن حذرا
تجنب القيادة قبل
قراءة النشرة

أنبوب 5 غ / 5 g Tube de

DÉTENTEUR DE LA D.E. / DE L'AMM:

صاحب مقرر التسجيل، حامل الرخصة:

LABORATOIRE CHAUVIN

116, rue Samuel Morse - CS 99535

34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

اسم وعنوان المصنع / المعين

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 PORTÉE 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.

حالات الاستعمال والمقادير،

اقرأ النشرة بانتباه. يوضع على العين.

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Liste I

القائمة I

NE PAS AVALER

لا يبتلع

48314FSS/217-MMG

3/18.08.20

27/20/92

E2762C10MAG/0722

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique

CHIBRO-CADRON
+ GROSSESSE
= DANGER



6 118001 071425



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

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



USTE 1 - Uniquement sur ordonnance

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Chibro-Cadron 5 ml

شيبرو-كادرون 5 مل

Lot / Fab / EXP

8580

07 2023

07 2026

25378100

تيالوز

تريالوز 3 %

هياالورونات الصو

% 0,15

محلول للعين

يحمي، يميّه ويزلّ

العين

10 مل

بدون مادة

STERILE A

معقم



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture



3 662042 003295

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



VR2762C10MAR/0722



Détenteur de la décision d'homologation :

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

صاحب شهادة المستلزم الطبي:

مخابر تيئا

12، شارع لويس بلنويو

63017 كليمون فيرون - سيبكس 2 فرنسا

Théa CE 0459

