

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-809861

203747

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5509

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ENNAHIR AZZEDDINE

Date de naissance :

13.12.1962

Adresse :

HABIB TUELLE

Tél. :

0662491781

Total des frais engagés :

501,90 DH

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

2017/04/24

Nom et prénom du malade :

ENNAHIR JAWAT Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie à la poisson

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

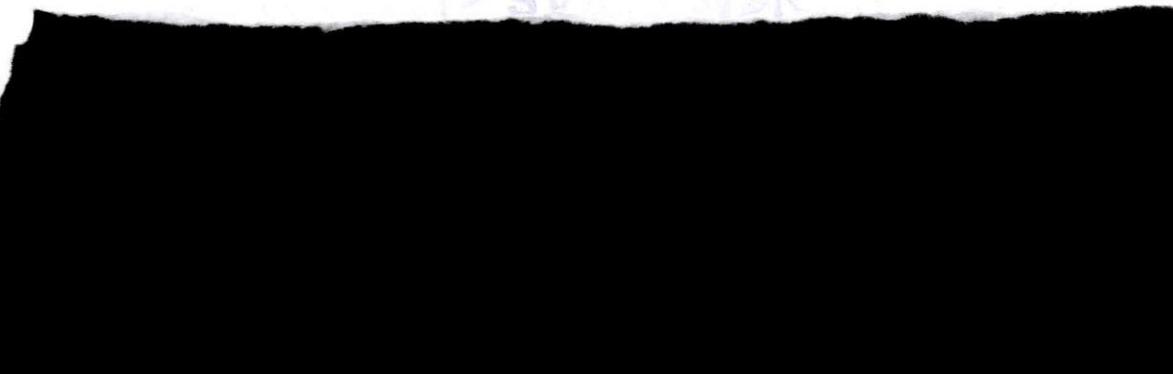
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
27/11/2011	6		25,00	INP : 109203A127 Signature : Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/24	25150

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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	INP : <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"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td><b>G</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><b>B</b></td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
<b>D</b>	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Khalid BOUJENA  
PEDIATRE**

Spécialiste des Maladies de l'Enfant,  
du Nourrisson et du Nouveau-né  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Ancien Interne des Hôpitaux de l'Assistance  
publique et du SAMU Pédiatrique de Paris



**الدكتور خالد بوجنة**

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بباريس

Le 24/04/2024

Evaluation Janvar

35.3°C x2 درجة حرارة 35.3°C (2 mois)

رطوبة من 32% إلى 40%

24) Amylase mg / dl 1234

رطوبة من 32% إلى 40%

13/10/3) Kyste ovarien mg / dl 1234

رطوبة من 32% إلى 40%

130.8°C 4°C ملحوظة (24h) 1 application  
25/19°C

PEDIATRE  
Boulevard Ghaddaoui Abbas  
Bd Farid 101 Sidi Bernoussi  
Casablanca 20100 - Maroc

4، شارع غداوي عباس بلوك فريد 101 الطابق الأول سيدى البرنوصي الهاتف: 0522.75.21.59\*

4, Bd Ghaddaoui Abbas Bloc Farid 101-1er Etage Sidi Bernoussi Casa-Tél.: 05 22 75 21 59

# Orex® 250 mg/5 ml

Céfalexine

**250 mg/5 ml**

Granulés pour suspension buvable

Voie orale

**60 ml**



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيمـا  
SotHEMA

**LOT** 232746

**EXP** 09 2026

**PPV** 35.30 DH



# Orex® 250 mg/5 ml

Céfalexine

**250 mg/5 ml**

Granulés pour suspension buvable

Voie orale

**60 ml**



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطاما  
Sothema

**LOT** 232746

**EXP** 09 2026

**PPV** 35.30 DH



Julphar

F402206A

6 | 118001010110 |



**mebo** 0.25%  
Pommade dermique  
Tube de 30 g



# mebo

0.25% W/W  $\beta$ -sitosterol

30 g

Pommade à base de plantes

Brûlures | Plaies | Ulcères cutanés

**Composition:**

Extrait de l'huile de sésame ( $\beta$ -Sitostérol)..... 81-85 /100g  
Excipient ..... QSP tube de 30 g

**Excipient à effet notable:** Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfants.

Pour les indications, les contre-indications, Les effets secondaires, La posologie: voir notice

**NOVOPHARMA**

**PP.V. 130,80 DH**

AMMN°:318/12 DMP/21/NCF

Distribué par LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE  
NOVOPHARMA, Z.I. I, Tit Mellili -Casablanca - Maroc.

Sous licence des Industries Pharmaceutiques du Golfe -  
Julphar,Ras Al Khaimah, E.A.U

Avec l'autorisation de:

Beijing Guangming Chinese Medicine Institute for  
Burns, Wounds & Ulcers, China et de l'inventeur de  
MEBO, le Professeur Xu Rongxiang.

# Hexomédine®

transcutanée

hexamidine

PER 11/26  
LOT L1311  
PPU 13.10 DH

إكزوميدين®

عابر للجلد

إكزاميدين

## FORMULE :

Hexamidine (di-iséthionate) ..... 0,15 g  
Excipient pénétrant q.s.p. ..... 100 ml



ضد العفونة  
ضد الجراثيم

قارورة 60 مل من  
المحلول بعيار 1,5 %

استعمال خارجي



مختبرات سنتمديك  
زنقة زبير بن العوام  
الصخور السوداء - الدار البيضاء

## MODE D'EMPLOI :

Badigeonner les lésions 2 à 3 fois par jour  
Utiliser des pansements humides de  
courte durée (30 à 45 mn)  
Ne pas employer en pansements  
prolongés (occlusifs)



10/18

# Hexomédine®

transcutanée

Hexomédine®  
flacon de 60 ml



flacon de 60 ml



AMYLASE®  
RIM  
**200 U.CEIP/ml**  
ALPHA-AMYLASE  
SIROP

Flacon de  
**125 ml**

