

# 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.

N° W21-629818

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12571	Société : RATI 774444		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M'HADER MEHDI			
Date de naissance : 29.04.1987			
Adresse : RES CASA VIEW Tranche 11 Imme 3 Apt 22 Hay NASSIM CASABLANCA			
Tél. : 06.61.93.12.11 Total des frais engagés : 287.20 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. SANHAJI AMRANI Zoubalda</b>            Spécialiste des Maladies            des Nourrissons et des Enfants            54, Angle Av. Ooba et Rue Allal Ben Abdellah, 6ème Etage            App. n°11, Agdal-Rabat-Tél : 05 39 68 63 47         </div>			
Date de consultation : 20-06-2021			
Nom et prénom du malade : M'hader Rite Age: 35			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : myopathie			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/07/2021

### 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
30/06/21	Ca	1	250000	INP : <b>INPE:101168987</b> DR. SANHAJ AMRANI Zoubalda Spécialiste des Maladies des Néphrologie et des Enfants 54 Avenue Av. Oufala 91200 MeknÈs, Maroc, Tél : 05 37 68 63 42 APRÈS N°11, Abdal-Habib, Tél : 05 37 75 10 79

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZAHWA Av. Tadla Aytayeb, 91200 MeknÈs Tél : 05 37 75 10 79	30/06/21	3720

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP :
				</

N. haider Rite

Rabat le 30.08.2014

37<sup>o</sup>

Fever

fever 2 hr hr



Dr. SANHAJI AMRANT Zoubaida  
Spécialiste des Maladies  
des Nouveaux-nés et des Enfants  
54, Angle Avenue Oqba et Rue Ain Asserdoune, Appart. N° 11, Agdal-Rabat - Tel : 05 37 686 347



فوسفات الفوسفاميك 1% Fucithalmic® 1%

عدم البليغ - أحمر  
العمرات الموصدة

قائمة رقم 1 - بوصفت طبية فقط

**Fucithalmic® 1%**

Acide fusidique  
Gel ophtalmique

**%1 Fucithalmic®**

حمض فوسيدى  
مرهم للعين أنتوبية من 3 جرام

AMDIOPHARM

**Composition:**

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

**Excipients:**

chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomére, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notable : chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

المسار العيني (بصري)  
يجب عدم الإبتلاع  
يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال  
يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح : 10 يوم

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :  
**POLYMEDIC**  
Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsalane  
Casablanca - Maroc  
Fabricant :  
**LEO Laboratories Ltd.**  
Cashel Road, Dublin 12, Irlande

**Tube de 3 g**

voie ophtalmique (oculaire).  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

Durée de conservation après  
ouverture : 15 jours.

**1%**

**Fucithalmic® 1%**

Ne pas avaler - Respecter les  
doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordon-

الشركة  
العنوان : حمام العيون، ٢٠٠٣، مراكش، المغرب  
العنوان : المكتب  
العنوان : المكتب

كلوريد البنزوكالونوم، إيدريبيتات الصوديوم دي، ماننitol، كلاروبورول (كاربومير ٧٣٠)، مخلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء النحاس، سواعي لـ تاثير باركر كلوريد البنزوكالونوم  
للمزيد من المعلومات اطلع النشرة المرفقة

**Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC**

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

**Fucithalmic® 1% gel ophtalmique**

Tube de 3 g

AMM N°184  
DMP/21/NRQ

**PPV : 37 DH 20**



6 118001 200818

**1%**