

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 Angie 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

N° W21-629818

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 12571 Société : RART 77444

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Nom & Prénom : MHADER MEHDI

Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : RES. CASABLANCA Tranche N° 3 Apt 22 HAY NASSIM CASABLANCA

Tél. : 0661931211 Total des frais engagés : 287,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2021

Nom et prénom du malade : MHADER MEHDI

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Angine de poitrine

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 : 08/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

INPE: 101168987

Dr. SANHAJI AMRANT Z
Spécialiste des Maladies
des ~~Neurologues~~ de l'Enfants
54, Angkor Av. Opp. à l'Av. Amerindienne, N°100 Pk
App. 11, Angkor-Rambh-Tel : 05 37 60 63 67

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية زهراء PHARMACE ZAHWA Av. T. dia, 10000 Tél : 05 37 75 10</p>	30 06 21	3720

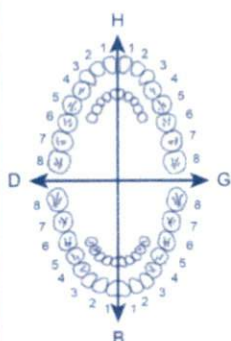
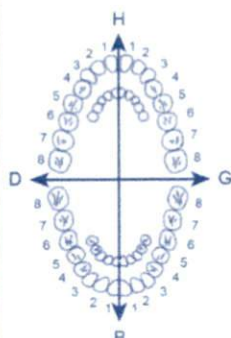
[illegible][illegible]

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	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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 ————— G 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

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 L'EXECUTION

Rabat le 30/04/2014

M. haouder Rite

37.20

Fuikhaline

la pte 2 ti kgr

صيدلية زهوة
PHARMACIE ZHAWA
14, Av. Tadmor, 10100 Aviation
Rabat - Tél : 05 37 75 10 19

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida
Spécialiste des Maladies
des Nourissons et des Enfants
54, Angle Avenue Oqba et Rue Ain Asserdoune, étage 09,
Agdal, N° 11, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 63 47



فوسيتالميك 1% Fucithalmic®



عدم البلع - احتريم
المرغبات الموصوفة

قائمة رقم ١ - بوصف طبية فقط

المسار الميني (بصري)

يجب عدم الإبتلاع

يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال
يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

مدة الحفظ بعد الفتح: ١٥ 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

Fucithalmic® 1%

Acide fusidique
Gel ophtalmique

1% Fucithalmic®

حمض فوسيدي
مرهم العين أنبوية من 3 جرام

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.

Tube de 3 g



AMDIPHARM

1%

Composition :

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

Excipients :

chlorure de benzaikonium, édétate de sodium, mannitol,
carbomère, injection d'hydroxyde de sodium, eau pour
préparations injectables.

Excipients à effet notoire : chlorure de benzaikonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

التركيب

حامض الفوسيديك : ٣٠ ملجمرام ل ٣ جرام جل (هلام)

المكونات:

كلوريد البنزالكونيوم، إيديتات الصوديوم، دي - مانتيتول - كاربومير
(كاربومير ٩٧٤) - محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للحقن،
سواغ له تأثير بارز. كلوريد البنزالكونيوم
لمزيد من المعلومات انظر النشرة المرفقة

1%

Fucithalmic® 1%



Ne pas avaler - Respecter les
doses prescrites

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



Liste I - Uniquement sur ordonnance