

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1304 Société : RAM (28.13.0)

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S. A. J. S. M. N. D.

Date de naissance :

Adresse :

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 : .....

En cas d'accident préciser les causés 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) : .....

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1304 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAJID Mihaj

Date de naissance :

27/4/1959

Adresse :

Tél. : 0667030568 Total des frais engagés : 255,80dh 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 : .....

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie</b> <b>Argane</b> Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 199 Bd Bourdeaux Casablanca 05 22 49 21 71 / 72 Fax 05 22 26 19 18	11/04/21	855,80

092010982

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لحلو

SPECIALISTE

DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et  
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

- COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejjati - Mâarif

(EX. ALPES) - 2ème étage

CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69

G.S.M : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le ..... 15/04/9022

116,00x1 Jme. SAJ ID. AMINA  
 ① flexan 500 : 15<sup>th</sup> de 25 fèlous.  
 2 fèlous x 2/3 et le SHOUR. 1 dose apres q F (mme.  
 (l'apres apres de SEP (EN)).  
 39,70x1 2% aine. 2% aine.  
 ② fucidine aine 1 app x 2/3 sur la lésion.  
 30,00x1 ③ pansement  
 15,00x2 ④ petite couche stérile + sparadef  
 2 fèt / jum.

255,80



DR LALOU MAJID  
 DERMATO-VENEREOLOGUE  
 72, Rue Ahmed El Mejjati  
 CASABLANCA  
 Tél. 022 25 35 69

S.P.

S.P.

S.P.

اختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر

والاظافر  
الأمراض التناسلية  
جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة أحمد الجاطي (سابقا ز. ذي زالب)  
 الطابق الثاني - المعاريف

العنبر بضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69  
 المحمول: 06 61 06 69 78

## Fucidine® 2% crème

Tribe da 15 a

6 118000 120582



(125x31x22)mm

Fucidine® 2% Tube de 15 g crème

L  
E  
O

60

Fabriqué par  POLYMÉDIC sous licence LEE  
Rue Amyot d'Inville, Quartier Ansalane  
Casablanca - Maroc  
Dr. M. Houbachi : Pharmacien Responsable  
AMM N°132/17 DMP/21/NRQ

## Fucidine® 2% crème Acide fusidique

Tube de 15 g

فوسفیدین ۲٪ کریم <sup>®</sup> اینوب من ۱۵ غ

التركيز	النحوت	النحوت	النحوت	النحوت	النحوت
Carbemate	300 mg				
Par tube	2 g	300 mg	2 g	2 g	2 g
Par tube	100 g	15 g	15 g	15 g	15 g

Ne pas laisser à la portée des enfants  
Lire attentivement la notice avant emploi

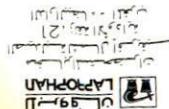
A conserver à température entre 15°C et 25°C  
Ne pas enlever - Respecter les dates prescrites  
بعد الميعود لا يستحسن - احتفظ بالجهاز الموصى به

## فوسيدين 2% كريم أنيوب

39. ~~37~~

كريم أنبوب من 15 غ

ASAHLANCA-MAROC  
21, RUE DES OUDARA  
D'AFRICA-DU-NORD  
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
LABORATOIRES



Follow the medical prescription  
DOSAGE :  
medecin  
se conformer à la prescription du  
PHARMACIE :

جاري إدخاله إلى الصيدلية

6 118000 031420  
Barcode

24 gélules 500 mg  
FLOXAM®

45X45X88  
4

24 gélules



500 mg

Flucloxacilline

FLOXAM®

AMM N° 1062 DMP/21

NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITTE  
33331-13-21-33-33

DES ENFANTS  
NE PAS LASSEZ À LA PORTE

جاري إدخاله إلى الصيدلية

droppé  
To be kept away from heat and  
damp  
A conserver à l'abri de la chaleur et  
de l'humidité  
جاري إدخاله إلى الصيدلية

or Flucloxacilline  
12 g  
Ce flacon contient  
12 g de Flucloxacilline  
this box contains 12 g

Flucloxacilline  
FORMULE - FORMULA:  
Flucloxacilline ..... 500 mg  
(sous forme de sel sodique  
monohydraté) ..... 500 mg  
Exclulement q.s.p. ..... 1 gélule

IDEMCO

PPV116DH40  
00027 4  
LOT  
01/2023

FLOXAM®  
Flucloxacilline  
500 mg  
24 gélules

جاري إدخاله إلى الصيدلية  
24





## Compresses de gaze stériles



Les compresses Urgo ont été particulièrement étudiées pour le nettoyage et la protection des plaies.

- Très absorbantes, elles sont composées de gaze hydrophile 100% coton.
- Stériles, elles sont conservées dans des sachets pelables.

### Conseils d'utilisation :

- Ouvrir le sachet sans toucher la compresse pour qu'elle conserve sa caractéristique stérile.
- Nettoyer la plaie à l'aide d'une compresse sèche ou imprégnée de sérum physiologique.
- Si nécessaire, badigeonner la plaie avec une compresse imprégnée d'une solution antiseptique liquide ou autre principe actif.

### Conservation :

- Conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de la chaleur.

### Mise en garde :

- La réutilisation d'un produit à usage unique peut provoquer des risques d'infection.

### Sterifil S.A.

 Siège social/Site de production : Douar Lkhdara, Route Provinciale 3005, Km 6.5, Commune Sahel Had Soualem, Berrechid.

Siège administratif : Lotissement Taoufik, Rue 1, Espace Sans Pareil, Sidi Maârouf, 20270, Casablanca - MAROC.

Tél: +212 (0)522-975-597 - [sterifil@sterifil.com](mailto:sterifil@sterifil.com)

Certificat d'enregistrement n°2464/2016/DMP/20/DM du 30/09/2016



STERILE EO



620

2020-02

2025-01

ISI200-A4

REF U6020MB

U020 /V10

D.m.a: 03/2019