

## 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

- 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.



## Déclaration de Maladie

NO : 23090 N° W19-523838

Couleur 23090

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11915	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL ACHOURI Amina
Nom & Prénom : EL ACHOURI Amina			
Date de naissance : 15/10/76			
Adresse : 54 Avenue Hassan 2 Fes			
Tél. : 03 94 8555	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/02/2020			
Nom et prénom du malade : EL ACHOURI Amina			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : ABG/B			
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.			
ACCUEIL			

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 : 28 FEV 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-523838
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

### 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
17/12/80 60m	ca	C	17/12/80 60m	DR. RODI S. Gynécologie, Obstétrique Dr. Av. Med. v. Rés. Dr. 03.45.35.44.20.70

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CENTRALE</b> <b>BENZAKOUR MED</b> 51, Bd. Mohammed V - FES Tel. 05 35 62 25 04 06159926300031	17/12/2020	216.00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 : <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"/>
	Determination du coefficient masticatoire			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			

Dr. Siham KANDRI RODI

Gynécologue - Obstétricienne

Traitements de la Stérilité du couple

Diplômée de la faculté de Médecine de Reims (France)

Ancienne Assistante des hôpitaux de France Diplômée en :

Echographie - Cœlioscopie

Maladies du Sein - Colposcopie



Fès le

17/02/2020

Fès في



الدكتورة سهام كندي روضي

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

علاج عقم الزوجين

حاصلة على شهادة التخصص من كلية الطب

بريس (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقاً في مستشفى فرنسا

متخصصة في

الفحص بالأمواج فوق الصوتية، أمراض الثدي

الفحص بالمجهر الداخلي، الفحص بالمجهر لعنق الرحم

Mme EL ACHOURI AMAL 43 ans

SYNTHOCINON

1 inj / jour pdt 4 jours

CEROXIM 250

1 prise 2 x / jour pdt 5 jours

V GEL

1 app / jour

MEGASFON 80 MG

1 cp x 3/j en cas de douleur

## ORDONNANCE



PHARMACIE CENTRALE  
61, BENZAKOUR Med  
61, Bd. Mohammed V - FES  
Tél. 05 35 62 25 04  
ICE 001599263000031

17.20

99.60

65.00

34.60

Rendez-vous le 19/02/2020 pour contrôle

Dr. KANDRI RODI Siham  
Gynécologie - Obstétricienne  
62 Av. Med V Rés. Badr - FES  
Tél. 05.35.94.20 20/06 72.80 06.03

216.00



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
يجب احترام الجرعة الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Keep out of the reach of children.

لأنحة II - يصرف فقط بوصيـة وصـفة طـبـية

لا يترك في متناول الأطفال.

Pour injections ou perfusions i.v. et injections i.m.

Conserver au réfrigérateur (2°-8° C) / Keep on the fridge.

1 amp. contient: Oxytocine 5 U.I.

Excipients: q.s.p 1 ampoule.

Excipients à effet notoire: Ethanol

Syntocinon® 5 U.I. 3 x 1 ml Amp.



7 612797 142448  
N° AMN Suisse: 22114  
13/99/11 E 019/066  
N° d'enregistrement Allemagne:  
13/99/11 E 019/066  
N° d'enregistrement France:  
13/99/11 E 019/066

Détenteur de la D.E:

Novartis Pharma Schweiz AG,

Monbijoustrasse 118 3007 Bern, Suisse

صاحب مصر للسمكة

نوفارثيس فارما شيلان، مونبيو، ستراسبورغ، فرنسا

نوفارثيس فارما شيلان، سويسرا

Fabricant / الصانع:

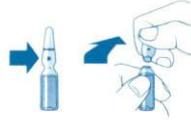
Novartis Pharma Stein AG

Schaffhauserstrasse

Stein, Suisse 4332

09 2021  
SPT44  
10 2018

Date lim. utl.:  
N° lot tabl.:  
Date d'exp.:



للحـنـعـيـلـيـ أوـ عنـ طـرـيـقـ الحـنـعـيـلـيـ بـالـوـرـيـدـ.

يـحـفـظـ الدـوـاءـ بـعـدـاـ عـنـ مـنـتـاـوـلـ الـأـطـفـالـ.

حـفـظـ بـالـبـارـدـ (2ـ8ـ درـجـاتـ مـئـوـيـةـ)

حـقـنـةـ وـاحـدـةـ تـحـتـويـ عـلـىـ: اوـكـسـيـتوـسـينـ 5ـ وـدـ

سـوـاغـ كـمـيـةـ كـافـيـةـ لـحـقـنـةـ وـاحـدـةـ

سـوـاغـ ذـاتـ مـفـعـولـ عـلـوـمـ: ايـتـانـولـ.

NOVARTIS

# Syntocinon®

## Oxytocine. سـيـنـتـوـسـيـنـونـ

اوـكـسـيـتوـسـينـ

محلول للحقن

5 وحدة دولية

Solution injectable

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 17DH20

5 I.E./U.I. 3 x 1 ml Amp.

cibs 10031412-0083

Ouvrir ici  
افتح هنا

2148631



112 66 66 2025  
R71  
24631

**Composition :**  
**Céflouxime Axétil (DCL)**  
 Équivalent de Céflouxime.....  
 Excipients q.s.p un comprimé.....  
 250 mg  
**Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :**  
**lire la notice à l'intérieur.**  
**A conserver à une température inférieure à 25°C.**  
**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

يختلف بعدها عن متداول درجة الأطفال.

(70x20x100)mm

5

PPV:

EXP.

99DH40

19704511

05/2021

10 Comprimés

# Ceroxim®

 SUN PHARMA

## Céfuroxime Axétil

## Voie Orale

95x68x22

**Composition :**

Phloroglucinol (sous forme hydrate).....80 mg  
Excipients q.s.p.....1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Lactose, Aspartam

**التركيب :**  
فلوروجلوكسينول (على شكل هيدرات) 80 ملجم  
سواع كمية كافية ل فرط واحد  
سواغات ذات تأثير معروف : لاكتوز، أسبارتام

AMM : 158 DMP/21/NNP

1	Matin	Midi	Soir
---	-------	------	------

**Laboratoires PHARMA 5**

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Megasfon® 80mg  
Boîte de 20 Comprimés  
orodispersibles

6118000092315

A16082

**Megasfon®**  
Phloroglucinol

80 mg

LOT : 2956  
U.T. AV : 05-21  
P.P.V : 34 DH 40



**80 mg**

20 Comprimés orodispersibles

Voie orale

**20**

Comprimés orodispersibles  
Voie orale

**PHARMA 5**