

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.

Diagnostique 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

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052500

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9119 Société : n° 31192

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BRAHIM

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 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) :

RELEVÉ 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
11/3/20	G		35200	Stomatologue en Dériv Ag. Hér 20 56 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROMANT AGUEDACH KHALIL Quartier de Neuf 3 bis, Rue Henri Murger Résidence Abbé III, Carablanche Tél: 0522 99 69 21	11/3/20	22120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT 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												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Aziza AFAILAL

Spécialiste en Dermatologie
et Vénérologie

Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Esthétique

Chirurgie Dermatologique
et Laser

الدكتورة عزيزة أفيلال

اختصاصية في الأمراض الجلدية
والتناسلية

أستاذة سابقا بكلية الطب
بالدار البيضاء

طب التجميل

الجراحة الجلدية
والليزر

Casablanca, le 11/03/2020 في الدار البيضاء.

Brahimi Mohamed KHAR

1- Cytine gel par Net-on 9 pds S.P.
29,00
2- Bina et Bina

11640 Fessam par Net-on 9 pds S.P.
3- 49500 Fessam par Net-on 9 pds S.P.

4- crème Coccidin 2 pds par Net-on 9 pds S.P.
28,00
221,20

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Dr. AFAILAL Lalla Aziza
spécialiste en Dermato-Vénérologie
1. Quartier des Hôpitaux - Casablanca
05 22 20 56 49 - Fax : 05 22 22 75 30

Composition :

Serrapeptase 10.000 unités.
 Excipients q.s.p. 1 comprimé enrobé gastro-résistant
 Excipient à effet notoire : Lactose, Colorant jaune orangé S (E110)
 Ne pas laisser à la portée des enfants
 A conserver à une température inférieure à 25 °C.

65x20x90

دازين 10.000 وحدة
 سرابيتاز

40 قرصا ملبسا
 معدي - مقاوم
 عن طريق الفم



مختبرات ستيفيك
 20 - 22 زلفة زئير بن العوام
 الصخوور السوداء - الدار البيضاء

BASEN® 10 000 LI
 Serrapeptase
 40 Comprimés enrobés gastro-résistants



08417

PPV :
 EXP :
 Lot N° :

Ne laissez pas votre enfant prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans ce notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION DU MÉDICAMENT :
Acide fusidique (DCI)
Excipients : Butyrylhydroxyanisole, Vaseline blanche, Alcool cétylique, Sorbate de potassium, Polysorbate 60, Glycérol, Paraffine liquide, Eau purifiée.
- Excipients à effet nocif : Alcool cétylique, Butyrylhydroxyanisole, Sorbate de potassium.
CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITÉ
Ce médicament est un antibiotique.
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES
Infections cutanées staphylocoques et streptocoques dans les conditions de prescription connues de votre médecin.
POSOLOGIE
Applications locales avec ou sans pansement, une ou deux fois par jour, après nettoyage de la surface infectée.
Éviter l'application en couche épaisse.
Durée du traitement
1 semaine au maximum
DANS TOUTES LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.
CONTRE-INDICATIONS
N'utilisez jamais COCCIDIN 2%, crème dans les cas suivants :
Allergies à l'acide fusidique ou à l'un des constituants de l'exipient.
- Acné rosacées
- En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN
Effets indésirables
Description des effets indésirables
Comme tous les médicaments, COCCIDIN 2%, crème est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.
Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement, il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.
Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.
MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS
PARTICULIÈRES D'EMPLOI
Faites attention avec COCCIDIN 2%, crème :
- La crème ne doit pas être appliquée sur l'œil.
- Ne pas utiliser la crème trop longtemps et sur de grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.
- Ce médicament contient de l'alcool cétylique et sorbate de potassium peut provoquer des réactions cutanées locales (par exemple : eczéma)
- Ce médicament contient l'hydroxyanisole butylé (E320) et peut provoquer des réactions cutanées locales (par exemple : eczéma) ou une irritation des yeux et des muqueuses.
- Ne jamais laisser à la portée des enfants.

COCCIDIN® 2% Crème en tube de 15 g
DCI : Acide fusidique

COCCIDIN®

Acide fusidique

Crème

2%

Voie cutanée

Tube de 15g

LOT: 191958
PER: 12-22
PPY: 82, 44H

Composition

Acide fusidique 2 g
Excipients: Butyrylhydroxyanisole, vaseline blanche, alcool cétylique, sorbate de potassium, polysorbate 60, glycérol, paraffine liquide, acide chlorhydrique, eau purifiée q.s.p 100 g
Excipients à effet nocif: alcool cétylique, butyrylhydroxyanisole, sorbate de potassium
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation
A conserver à une température inférieure à 25°C
A conserver 6 mois après ouverture

2

محتوى الفوسيديك
المكونات: بوتيلهيدروكسي أنيسول، الفازلين الأبيض، كحول ستيولي، سوربات البوتاسيوم، بوليسوربات 60، كليسيرول، راتين سائل، حمض الكلوريديك، ماء مقطر، 100 غ
مكونات ذات تأثيرات ضارة محتملة: كحول ستيولي، بوتيلهيدروكسي أنيسول، سوربات البوتاسيوم
لا يترك في متناول ومومي الأطفال
اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
يحفظ 6 أشهر بعد فتحه

IDEMCO

ments
pharm
obtenu
pro

Idemco 773.260.05.18

ENT peut être utilisé avec ou sans pansement, une ou deux fois par jour, après nettoyage de la surface infectée.

البروفان

24 كبسولة



500 ملجم

فلوكساسيلين

فلوخم

PPV 116DH40

LOT 9ND22 1
EXP 11/2021

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg 24 gélules

DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
LABORATOIRES
D'ARRIGUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC

(البروفان) - (البروفان)

21, RUE DES OUDAYA

البروفان - (البروفان)

LABORATOIRES

LABORATOIRES

LABORATOIRES

Follow the medical prescription

DOSAGE :

médicament

Se conformer à la prescription du

POSOLOGIE :

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب



24 gélules 500 mg



FLOXAM[®]

45x45x88