

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0040378

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4537 Société : 160013

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Tazi MOHAMMED FAYE

Date de naissance : 03/09/1950 à Fès

Adresse : lot 04 Bar Champs courses 30010 Fès Agdal

Tél. : 06617326010 Total des frais engagés : 1130,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2013 Nom et prénom du malade : Tazi Mhd fayel Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection Co Septembre

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 19/02/2013 Le : 19/02/2013

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
14/02/2023	C	2	AFADM	CHEROUFI MEDICAL CLINIQUE GÉNÉRALE SARL ALI VILLE 226646

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14-2-2023	131.00
	14-2-2023	69.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

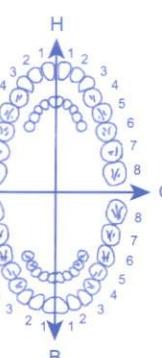
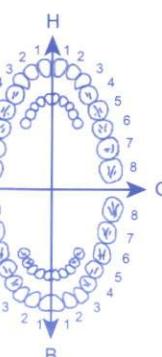
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			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		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

عيادة مبارك للعلاجات الطبية
Cabinet Médical M'barek

Docteur Med Badr DERROUCH

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de médecine
de Cologne Allemagne

Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne

Service d'Urologie (circoncision)

Echographie



الدكتور محمد بدر الدرويش

الطب العام

خريج كلية الطب وإنجراحة كولون ألمانيا

طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا

قسم جراحة المسالك البولية والختانة

الشخص بالصدى

Fès , le 14/10/2023

Ordonnance

M..... Taz. Mh. A fegtol.

131.60

11 Spectrum Fes

1 Cpx x 2 /

2) Dolostop 1000 mg

1 Cpx x 2 /

3) Revitol

4) Cpx 1 /

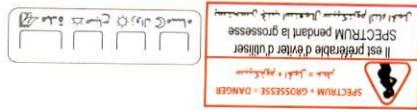
4) Flexipole

2 App /

PHARMACIE CHIFAE
TÉL : 05 35 62 68 60
TELE : 05 35 62 66 46
DATE : 14/10/2023

BUREAU DOCTEUR BADR
MÉDECINE GÉNÉRALE
9 BIS AV. IMAM AL FES
TEL : 05 35 62 68 60

CHIFAE
TÉL : 05 35 62 68 60
TELE : 05 35 62 66 46
DATE : 14/10/2023



13160

10



AMM N° 761/6MP/21/NRO

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur
l'emballage. Ne pas dépasser les doses recommandées.
Conserver à une température ne dépassant pas 30°C
Ne laisser ni à la portée d'enfants
CONTRIBUTIONS D'EMPLOI / CONTRAINDICATIONS

Avant toute utilisation lire attentivement
la notice à l'intérieur.
Ne pas consommer sans conseil
d'un professionnel de santé.
Soyez très prudent
Ne pas dépasser les doses
recommandées.



Expériment: q.s.p. 1 comprimé pelliculé
Ciprofloxacine 500 mg
COMPOSITION:

500 mg
Voie orale



Comprimés pelliculés

20 x



6 118000 081937
Produit sous ordonnance
41 Rue Paul Diouft 2011 Casablanca
Pharmacie: 41 Rue Paul Diouft 2011 Casablanca
Paramétrage suspendu :
Amina DAoudi

COOPER
PHARMA

Ci:6357

Tabeau A (Liste I) (Annex 1) (Annex 2) (Annex 3)

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Fardique par / Date :

Produit sous ordonnance

COOPER
PHARMA

FLEXANAT®

Conditions de stockage :

Garder le tube bien fermé. A conserver dans un endroit frais et à l'abri de la lumière dans une température ne dépassant pas 30°C.

شروط التخزين :

يجب إبقاء المنتج مغلق بحكام وحفظه في مكان بارد و مثمن في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة سنية.

Distribué par :

InQure Health Morocco Sarl,
80 Bd My Slimane, Aïn Sebaâ, 2nd étage N°10,
Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :

Ms Curewii Pharmaceutical Pvt Ltd,
5, Industrial Area, Rao, Indore, 453 331, Inde.

Pour plus d'informations sur nos produits :

Site Web : www.inqurehealth.ma
Email : Contact@inqurehealth.com
Tel : +212 645 346 614

N° d'enregistrement au ministère de la santé :
20/18129/2021/COSMADT/DMP/RR/18

Code de lot : F-05
Date de Fab : Jan.-22
Date d'Exp : Dec.-24
PC : 49.00 MAD



Pommade FLEXANAT®

À base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,
ARTICULAIRES ET DORSALES
آلام العضلات و المفاصل و الظهر

VOIE TOPIQUE

50 g



Composition :

Huile de Gaultherie couchée, menthe verte, huile de piment d'ornement, huile d'eucalyptus, camphor, huile de térébenthine, ajowan, huile de clous de girofle, cire d'abeille et vaseline.

Conseils d'utilisation :

Appliquer une fine couche de pommade sur la zone affectée et faire pénétrer en massant doucement.

طريقة الاستعمال :

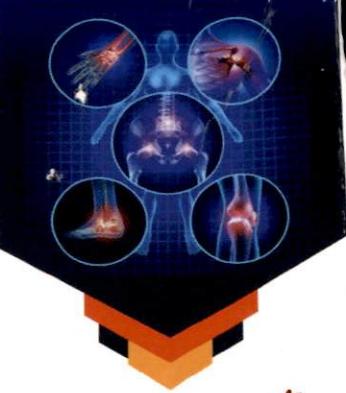
ضع طبقة رقيقة من المرهم على المنطقة المصابة و قم بالتدليك برفق.

Précautions d'emploi :

Seulement pour usage externe. Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Ne pas utiliser si vous êtes allergique à l'un des ingrédients du produit FLEXANAT® Pommade. Si la douleur persiste, consultez votre médecin. N'appliquez pas ce produit sur une peau blessée, irritée, coupée, grattée ou brûlée par le soleil. Ne pas bander ou envelopper hermétiquement la zone affectée. Évitez le contact avec les yeux. La chaleur peut provoquer une sensation de rougeur ou de picotements sur le site d'application.

احتياطات الاستعمال :

للاستخدام خارجي فقط ينفي بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال. لا تستخدمه إذا كنت تعاني من حساسية لأي من مكونات هذا المرهم، إذا استمر الألم، فقم بزيارة طبيب، لا تقم بتطبيق هذا المرهم على الجلد المصيب بجروح أو التهاب أو مصافب بعمرق شمسية، لا تقم بذلك في المنطقة المصابة بحكة، تحسب ملامسة الآخرين، قد تسبب الحرارة أحمراراً أو حساساً بالآخر في موقع الاستعمال.



Pommade FLEXANAT®

À base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,
ARTICULAIRES ET DORSALES
آلام العضلات و المفاصل و الظهر

VOIE TOPIQUE

50 g

