

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1651**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AMINE Abdizahrawe**

Date de naissance : **24.10.1949**

Adresse : **122 lot el FATH II. SIDI MAAROUF**

165641

ASA

Tél. : **0661312072** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOFIA SEFRIOU CHAOUI
Dermato - Vénérologue
106 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tel : 05 22 26 54 69

Date de consultation : **12.05.2023**

Nom et prénom du malade : **AMINE Abdizahrawe**

CINNIA
19 JUIN 2023
ACCUEIL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : **Venereal**

Age :
 Enfant

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 : **CASA**

Le : **12.05.2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Amine**

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
12/07/2023	G		300.00	Dr. SOFIA SERFATI - Véto-ecolog Dermato - 96 Avenue Mars Sultan Tunis - Tel : 022 26 54 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/23	432,60

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 HÉBERGEMENTS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

ant la nature des soins

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sofia SEFRIoui

Spécialiste en DERMATO-VENEREOLOGIE

- Maladies de la peau, de l'Ongle et du Cuir Chevelu
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie
- Laser

196, Avenue Mers Sultan

2ème Etage - Casablanca

Tél.: 05.22.26.54.69

الدكتورة صوفية الصفريوي شباوي

اختصاصية في:

- أمراض الجلد، الشعر والظفر

- الأمراض التناسلية

- الطب التجميلي

- الليزر

196، محج مرس السلطان

الطريق الثاني - الدار البيضاء

05.22.26.54.69

الهاتف :

Casablanca, le 12/05/2023

N° AMINE

Abdenahwaee

202, 4^e

el Xeial B Exhène Exhène

d's

210, 4^e

2/ Meho hmed

Ma Pharmacie
30 Bis, 2ème étage, Maroc
Casablanca - Tél: 05 22 26 54 69

91, 6^e

3/ Noeud 200 (borte d 7)

1 gel/ semaine

T = 432.60

Dr. SOFIA SEFRIoui CHAQUI
Dermato - Véneréologue
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél: 05 22 26 54 69

LOT/BATCH :



رقم التشغيلة و تاريخ الانتهاء : انتلر العبوة



NOCA

Flu



00 mg

LOT: L1116

PER: 03/26

PPV: 91D60

Veuillez lire attentivement
• Gardez cette notice, vous
• Si vous avez d'autres que
Ce médicament vous a été
Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que
vous.

néficacité.
pharmacien.
sonne d'autre.

COMPOSITION

- Principe actif : Fluconazole
- Excipients : Lactose, cellulose microcristalline, amidon de maïs, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre q.s.p. 1 gélule

EXCIPIENT À EFFET NOTOIRE

Lactose.

FORMES ET PRÉSENTATIONS

NOCAND® 50 MG : boîte de 7 gélules.

NOCAND® 150 MG : boîte de 1 et 4 gélules.

NOCAND® 200 MG : boîte de 7 gélules.

CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

ANTIMYCOSE A USAGE SYSTEMIQUE

Il lutte contre le développement des champignons microscopiques.

INDICATIONS

NOCAND® 50 mg est indiqué pour le traitement:

Chez l'adulte:

- des candidoses oropharyngées chez les patients immunodéprimés, soit en raison d'une affection maligne, soit d'un syndrome de déficience immunitaire acquise (SIDA),
- des candidoses buccales atrophiques.

Chez l'enfant:

- Traitements des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé,
- Traitements des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires,
- Traitements des cryptococcoses neuro-méningées; le traitement d'entretien au cours du SIDA doit être poursuivi indéfiniment.

NOCAND® 150 mg est indiqué pour le traitement:

- des candidoses vaginales et périnéales aiguës et récidivantes.

NOCAND® 200 mg est indiqué pour le traitement:

Chez l'adulte

- Cryptococcoses neuro-méningées,
- Candidoses systémiques incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), les candidoses œsophagiennes et les candidoses urinaires,
- Prévention des infections à *Candida* sensibles chez l'adulte exposé à une neutropénie sévère et prolongée lors du traitement d'induction et de consolidation des leucémies aiguës et subissant une greffe de cellules souches hématopoïétiques.

Chez l'enfant:

- Traitements des candidoses oropharyngées chez l'enfant immunodéprimé,
- Traitements des candidoses systémiques, incluant les candidoses disséminées et profondes (candidémies, péritonites), candidoses œsophagiennes et candidoses urinaires,
- Traitements des cryptococcoses neuro-méningées.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants:



