

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3399

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

FARES EDDINE GHANDI

Date de naissance :

31.07.1960

Adresse :

Residément La Colline 1, N°4, CALIFORNIE  
CASABLANCA

Tél. : 061214935

Total des frais engagés : 727,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



06 SEPT 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ouydomyon

Age : 63 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ouydomyon

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

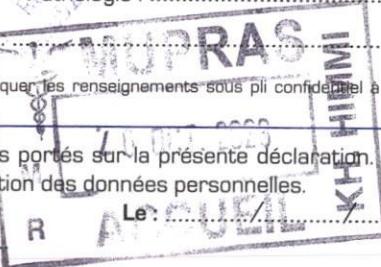
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 0522

Le : 05/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : R. ALLAL BEN ABDELLAH



## **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                           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06 SEPT 2013    | Consultation      | Unité                 | Unité                           | Dr. LAHLOU MAJED<br>Chirurgien-dentiste<br>Tunisie El Mejdi Marif<br>+33 569-066 066 978 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                          | Date      | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| <br>ARMARIA<br>ibnou Nabi Al-Aaraf - Casablanca<br>22/257/02<br>NPE: 032037217 | 6/09/2023 | 727,83                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

#### **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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                            | Nature des Soins                 | Coefficient |                         |
|------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------|
|                              |                                           |                                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |                                           |                                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |                                           |                                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |                                           |                                  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |             |                         |
|                              | 25533412<br>00000000<br>35533411          | 21433552<br>00000000<br>11433553 | H<br>G<br>B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |                                           |                                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |                                           |                                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |                                           |                                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Majid Lahlou

SPECIALISTE  
 DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE  
 Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et  
 des ongles.  
 Maladies Sexuellement Transmissibles  
 Chirurgie Dermatologique  
 COSMETOLOGIE  
 72, Rue Ahmed El Mejjeti - Mâarif  
 (EX.ALPES) - 2ème étage  
 CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69  
 G.S.M : 06 61 06 69 78

# الدكتور مجيد لحلو

اختصاصي  
 في أمراض الجلد والشعر  
 والأظافر  
 الأمراض التناسلية  
 جراحة الجلد  
 علم التجميل

72، زنقة أحمد المجاطي (سابقاً - ذي زالب)  
 الطابق الثاني - المعاريف  
 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 35 69  
 المحمول : 06 61 06 69 78

CASABLANCA, LE .....

06 SEPT 2023

~~PHARMACIE LA COLOMBE~~  
 33, Rue Ibnou Naïf Mâarif - Casablanca  
 Tél: 0522 257107 - RC: 255745  
 INPE: 092037217

~~Dr. LAHLOU MAJID~~  
 Dermatologue - Vénérologue  
 72, Rue Ahmed El Mejjeti Mâarif  
 Tel: 0522 253 569-0661 066 978  
 296,00

fare seddine chand  
 préparation avisée + thérapie  
 - my codane crème: 2 flacons  
 - xerial 4 flacons  
 100g x 2/1  
 sur le dos d'ongles mycor  
 ② 6 récipients: 4 bouteilles  
 1 cp x 2/1 a réc. de rép.  
 de petit degré et du pt  
 ③ malcer 20 g gelée: 2 bouteilles  
 1 flacon/petit degré  
 ultralévère 250 cp  
 ④ 1 récipient  
 skin n°300 chez  
 apprx 2/3 sur l'eyeliner  
 16,30 de la e-sse  
 ⑤ 27,80

~~Dr. LAHLOU MAJID~~  
 Dermatologue - Vénérologue  
 72, Rue Ahmed El Mejjeti Mâarif  
 Tel: 0522 253 569-0661 066 978

~~PHARMACIE LA COLOMBE~~  
 33, Rue Ibnou Naïf Mâarif - Casablanca  
 Tél: 0522 257107



# ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* **CNCM I-745®**

MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



30 GÉLULES  
250mg

BIOCODEX Maroc

مجمدة:

صنع:

صالح لغاية:

EXP:

1211 01 2023  
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22249  
PER : 05/2025  
PPV : 102,00 DH



AU<sup>®</sup>  
LCE

oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

28 gélules

Voie Orale

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

օն, կ

LOT: 22098  
PER: 02/2025  
PPV: 102,00 DH

**AU**LCER®  
20 mg  
oméprazole

## Gélules gastro-résistantes

كِبِيرَةٌ

۲۸۳

بیطامحلازون (دیدروپیوئات)

١٥

®

ج

(كيريزيوهlein ميكرونيزري)

من

500



16 قرص

لابروفان

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2020

LOT 20025 3

بعابر المستحضرات الصيدلية للشمال إفريقيا - 21، زعقة الأوداية - الدار البيضاء

®

ج

(كيريزيوهlein ميكرونيزري)

من

500



16 قرص

لابروفان

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2020

LOT 20025 3

بعابر المستحضرات الصيدلية للشمال إفريقيا - 21، زعقة الأوداية - الدار البيضاء

®

ج

(كيريزيوهlein ميكرونيزري)

من

500



16 قرص

لابروفان

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2020

LOT 20025 3

بعابر المستحضرات الصيدلية للشمال إفريقيا - 21، زعقة الأوداية - الدار البيضاء

®

ج

(كيريزيوهlein ميكرونيزري)

من

500



16 قرص

لابروفان

**GRISEO® 500 mg 16 comprimés**

PPV 37DH10

EXP 01/2020

LOT 20025 3

بعابر المستحضرات الصيدلية للشمال إفريقيا - 21، زعقة الأوداية - الدار البيضاء

**S - Indicaciones**  
as uñas dañadas\*  
Golpes en la uña  
dolor de uñas, demasias,  
heridas, heridas.  
Ga utilización (solventes químicos).

## MODO DE EMPLEO

Ayudándose d  
el tubo-pincel, aplic  
XERIAL 40 ONGLES  
en la uña previamente  
lavada y seca. **2.** Dejar  
secar. No enjuagar.  
**3.** Limpiar el pincel  
después de la  
utilización con alcohol  
o un disolvente c  
acetona. Una lige  
coloración amar  
debe a la Proctone  
olamina que  
aparecer en la base  
de los pelos/cerda  
d' ongle.

Es perfectamente  
normal y no tiene  
ninguna incidencia i  
la actividad i  
productiva.

**Consejos de  
utilización**  
XERIAL 40 ONGLES  
puede usarse:  
monoterapia, 2 vez  
al día durante 3 mes  
s. Product cosmetico. P  
consiglio a un  
dermatologo.

**Precusión de  
empleo**  
No ingerir.  
No usar con niños di  
menos de 3 años.  
No usar sobre la pie

## ONGLES XERIAL 40

### NL - Indications

De beschadigde, verdikte nagels:  
• Schonden op de nagel, het dragen van te nauwe schoenen,  
• Het gebruik van detergenten en chemische solventen.

### GEbruiksaanwijzing

1. Met behulp van de tube met ingebouwd penseel, XERIAL 40 ONGLES aanbrengen op de gereinigde en droge aangelegde nagel. **2.** Laat drogen. Hiert spoelen. **3.** Het penseel na gebruik reinigen met alcohol of nagellak-remover (met acetone). Er kan een lichtgele verkleuring optreden aan de basis van de persievenaar door de Proctone olamine. Die verkleuring is perfect normaal en heeft geen enkele invloed op de werking van het product.

#### Gebruikstips

XERIAL 40 ONGLES mag slechts tweemaal per dag gedurende 3 maanden worden gebruikt. Kosmetisch product. Vraag advies aan uw dermatoloog.

#### Voorzorgsmaatregelen

Niet inslikken.  
Niet gebruiken bij kinderen jonger dan 3 jaar.  
Niet gebruiken op huid.

#### DE - Indikation

Verdickte Nageln können:  
• Druck auf den Nagel. Tragen zu enger Schuhe.  
• Verwendung von Putz- oder chemischen Lösungsmitteln.

### GEBRUCHSANWEISUNG

1. XERIAL 40 ONGLES mit Hilfe des Pinsels auf den zuvor gereinigten und abgetrockneten Nagel auftragen. Trocken lassen. **2.** Nicht ausspülen. **3.** Nach der Anwendung Pinsel mit Alkohol oder einem acetaboholischen Reinigungsmittel säubern. Durch Proctone Olamin kann es an der Pinselbasis zu einer leichten Gelbfärbung kommen. Dies ist vollkommen normal und beeinträchtigt die Wirkung des Produkts.

#### Anwendung

XERIAL 40 ONGLES kann als Einzelpräparat zweimal täglich als monotherapie Kur angewendet werden. Kosmetisches Mittel. Bitte fragen Sie Ihren Hautarzt.

#### Bitte beachten Sie bei der Anwendung

Nicht innerlich anwenden.  
Nicht für Kinder unter 3 Jahren geeignet.  
Nicht auf Hautoberfläche anwenden.

#### RU - Показания к применению

Поврежденные и утолщенные ногти могут:  
• Трещинами ногтей, носящими слишком тесной обуви  
• Использованием дезергентов и химических растворителей

### ПРИМЕНЕНИЕ

1. С помощью кисточки-аппликатора нанести XERIAL 40 ONGLES на (найденную) и сухую поверхность ногтевой пластины. **2.** Дождаться высыхания. Не смыwać. **3.** После использования очистить кисточку при помощи спирта или средства для чистки лака с акетоном. Кисточка может склоняться в желтый цвет из-за выделения в составе Гироктон оламина. Это абсолютно нормально и никак не влияет на эффективность средства.

#### Рекомендации по применению

XERIAL 40 ONGLES можно использовать 2 раза в день в течение 3 месяцев. Не наносить другие средства. Просоветитесь с вашим дерматологом.

#### Меры предосторожности

Не употреблять внутрь.  
Не наносить для детей младше 3 лет.  
Не наносить на кожу.

### A - ارشادات

يُمكن أن تؤدي بعض الأدوية لتأخير التئام الأظافر والجلد والأنفاس.

• إصدمات على الأظافر، وآلام في الأظافر.

• استخدام المذيبات، والمعطرات الكيميائية.

### طريقة الاستعمال

1. استعمال قلم التقطيف المدمج مع الماء على الأظافر المبتلة وتجفيفها. **2.** ترك على الماء حتى يجف. **3.** غسل القلم بماء الباردة أو بمعطر أكتون. لا ينصح بالغسل بماء الباردة.

• تجفيف الأظافر. **3.** غسل القلم بماء الباردة.

### طريقة الاستعمال

1. سخونه على الماء. **2.** ترك على الماء حتى يجف. **3.** غسل القلم بماء الباردة.

• جفاف الأظافر. **3.** غسل القلم بماء الباردة.

### B - Indications

Les ongles abîmés, épais.

• Chocs sur l'ongle, port de chaussures trop serrées,

• Utilisation de détergents, de solvants chimiques.

## MODE D'EMPLOI

1. A l'aide du tube-pinceau, appliquer XERIAL 40 ONGLES sur l'ongle préalablement nettoyé et séché. **2.** Laisser sécher. Ne pas rincer. **3.** Nettoyer le pinceau après utilisation avec de l'alcool ou un dissolvant à l'acétone. Une légère coloration jaune liée à la Proctone olamine peut apparaître à la base des poils du pinceau. Elle est parfaitement normale et n'a aucune incidence sur l'activité du produit.

#### Conseils d'utilisation

XERIAL 40 ONGLES peut s'utiliser seul 2 fois par jour pendant 3 mois. Produit cosmétique. Demander conseil à votre dermatologue.

#### Précaution d'emploi

Ne pas avaler.  
Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 3 ans.  
Ne pas utiliser sur la peau.

### EN - Indications

Damaged, thickened nails.

• Impact to the nail, wear of excessively form-fitting shoes.

• Use of detergents, chemical solvents.

## HOW TO USE

1. Using the brush-hub, apply XERIAL 40 ONGLES to a previously cleaned and dried nail. **2.** Leave to dry. Do not rinse. **3.** Clean the brush applicator after use with alcohol or an acetone nail polish remover. The brush blades may become slightly yellow in color at the base due to the Proctone olamine. This is perfectly normal and has no impact on the product's activity.

#### Recommendations for use

XERIAL 40 ONGLES may be used alone 2 times a day for 3 months. Cosmetic nails care. Ask your dermatologist for advice.

#### Precautions for use

Do not swallow.  
Do not use on children under 3 years of age.  
Do not use on skin.

### IT - Indicazioni

Le unghie rovinate e spesse possono:

• Choc sulle unghie, scarpe troppo strette,

• Utilizzo di detergenti, di solventi chimici.

## MODO D'USO

1. Applicare XERIAL 40 ONGLES con l'ausilio del tubetto sull'unghia precedentemente difesa e asciugata. **2.** Lasciare asciugare. Non risciacquare. **3.** Pulire il pennello dopo l'uso con alcool o solvente a base di acetone. Una leggera colorazione gialla dovuta alla Proctone olamine può comparire alla base dei peli del pennello. Questa colorazione è del tutto normale e non ha alcuna incidenza sull'attività del prodotto.

#### Consigli d'uso

XERIAL 40 ONGLES si utilizza da solo 2 volte al giorno per 3 mesi. Prodotto cosmetico. Chiedere consiglio al vostro dermatologo.

#### Precazioni d'uso

Non ingerire.  
Non utilizzare su bambini di età inferiore ai 3 anni.  
Non utilizzare sulla pelle.





# MYCODERME® 1% CREME

LOT : 08023028  
PER : 02/2028  
PPU : 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g



LOT : 08023028  
PER : 02/2028  
PPU : 36,70 DH

Nitrate d'éconazole

Topique

Tube de 40 g