

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

4238h

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 70975		Société : RAAI	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL GUERGAMI		ICAMAL	
Date de naissance : 25/07/1957			
Adresse : 67 I Guinch Inn 156 ARTI Roninaz		Damech	
Tél. : 0668775488		Total des frais engagés : 7372,40	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/07/2020			
Nom et prénom du malade : El Guergami 70975			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : Anne M. d.			
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : AGADIR

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
9/08/2022	62		200 F DHS	INP : Boubacar

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LE CADUCEE Dr. Mohammed LAHRACH 6, Imm. Mokhtar Soussi Bd. Abderahim Bouabid Tél: 05 28 23 22 60 - Agadir	12/08/2020	PI Pharmacie LE CADUCEE Dr. Mohammed LAHRACH 6, Imm. Mokhtar Soussi Bd. Abderahim Bouabid Tél: 05 28 23 22 60 - Agadir 1172140

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

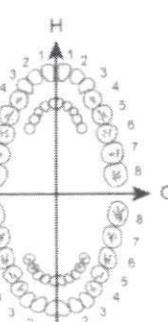
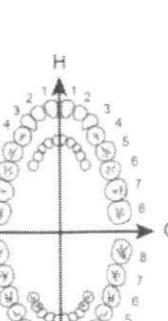
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DÉBUT D'EXÉCUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION												
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXISTENCE

**DOCTEUR  
ABDELLAH BELLA**  
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE

Spécialiste des maladies de la peau  
des ongles et du cuir chevelu.

Maladies sexuellement transmissibles.

Chirurgie dermatologique, Allergies Cutanées.

Diplôme d'expertise médico-légale.

DIU de Photobiologie cutanée (Montpellier).

DIU des lasers Dermatologiques, Cosmétologie

Et Dermatologie Esthétique (Lille) .

CDB

**CABINET DE  
DERMATOLOGIE  
DR BELLA**

اختصاصي في أمراض الجلد، الأظافر والشعر.

الأمراض التنسالية ، الجراحة الجلدية.

الحساسية الجلدية.

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا (الرباط)

والقوات المسلحة الملكية.

**الدكتور عبد الله بلا**

الخبير في الأمراض الجلدية والتنسالية

Nom :  
19-08/2020

110,00

①

Doxycycline



إيت سوس

لله

222,00

②

Ivermectine



Pharmacie LE CADUCEE  
Dr. Mohammed LATIBACH  
8, Imm. Mokhtar Soussi  
Bd. Abderahim Bouabid  
Tél: 05 23 23 77 49 - AGADIR

Doxycycline

Fond  
Globule



Can



عمارة أيت سوس شقة رقم 3 الطابق الأول ، شارع الحسن الثاني - أكادير  
Immeuble Aït Souss, Appartement 03 1er Etage, Avenue Hassan II - Agadir  
Tél : 0528 84 48 04 - Mobile : 0676 02 77 83

③ Eryfluid stutur



67,20

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
P.P.V : 07DH20  
6 112000 010630

92,80

Pharmacie DE SADOUDEE  
Dr. Mohammed LARHACH  
8, Imm. Mokhtar Soussi  
Bd. Abderahim Bouabid  
Tel: 05 29 23 22 60 - 05 29 23 22 61  
Tunisie

④ Dermopax



Préparation

✓ Sérum (Tout le corps)

(fore de 10ml)

frise la graisse



250,00

250,00

✓ Blue Gel Nettoyant



220,00 Gommage

✓ Biogel

✓ Eau plate

Gel Nettoyant



22,40

# DERMINA

Laboratoire Dermatologique  
PARIS

## NORMALINA AI

### SOIN GLOBAL

Anti-imperfections  
Anti-brillance 12h  
Anti-marques  
Anti-récidive

### GLOBAL CARE

Anti-imperfections  
Anti-shine 12h  
Anti-blemish  
Anti-recurrence

BREVET  
-AKN-  
BLOCK  
PATENT

Peaux à  
tendance  
acnéique  
Acne-prone  
skin



### SOIN GLOBAL

**INDICATIONS** Peaux grasses à tendance acnéique, même sensibles.

**INNOVATION** Ce soin offre une correction globale ultra-performante et protège la peau des facteurs urbains aggravants de l'acné. Contient :

- Acide Salicylique anti-imperfections
- Ferment et Microsphères anti-brillance 12h
- Oligoalginates anti-marques
- Brevet AKN-Block anti-récidive

*Les imperfections sont moins rouges en 1 jour, visiblement réduites en 1 semaine. 1 mois après l'arrêt du produit, les résultats continuent à s'améliorer (-92,9% de boutons).*

**TEXTURE** Gel-crème frais au fini ultra-mat. Non comédogène. Sans parfum ajouté. Formulé pour éviter l'adhésion des particules de pollution (même PM2,5).

**UTILISATION** Appliquer matin et soir sur le visage parfaitement nettoyé.

**BREVET -AKN-BLOCK PATENT** Efficacité anti-oxydante et apaisante prouvée contre les facteurs urbains (stress, pollution, UV, radicaux libres) aggravant l'acné et causant sa récidive.

FR1857373 - Brevet déposé

le soir

e 40ml 1.3 fl.oz.

DERMATOLOGIQUEMENT TESTÉ SUR PEAUX SENSIBLES

DERMINA protège activement la peau sensible des épreuves de la vie urbaine.

Des soins actifs, concentrés des meilleurs actifs dermatologiques.

Des textures ultra-légères, non grasses, non collantes, qui laissent respirer la peau.

Des formules haute tolérance, sans parfum et 100% testées sur peaux sensibles.

Des crèmes à la protection anti-pollution prouvée contre les particules fines, même PM2,5.

DERMINA actively protects sensitive skin for the ultimate experience of urban life.

Active skincare, concentrated with best dermatological active ingredients.

Light-weight textures, non greasy, non sticky, which let the skin breathe.

High tolerance formulas, fragrance free and 100% tested on sensitive skin.

Creams with anti-pollution protection proven against fine particles, even PM2.5.

**INGREDIENTS:** AQUA (WATER), NEOPENTYL GLYCOL DIHEPTANOATE, GLYCERIN, GLYCERYL STEARATE, ISODODECANE, CETYL ALCOHOL, BUTYLENE GLYCOL, SALICYLIC ACID, SODIUM STEAROYL GLUTAMATE, SILICA, NYMPHAEA ALBA FLOWER EXTRACT, NYMPHAEA ALBA ROOT EXTRACT, HIPPOPHAE RHAMNOIDES EXTRACT, PSEUDODALTEROMONAS FERMENT EXTRACT, ZINC SULFATE, BEAINE, HYDROLYZED ALGIN, HELIANTHUS ANNUUS (SUNFLOWER) SEED OIL, PEG-100 STEARATE, CARBOMER XANTHAN GUM, LEVULINIC ACID, SODIUM LEVULINATE, SODIUM CHLORIDE, PROPANEDIOL, TOCOPHEROL, CAPRYLIC GLYCE, DISODIUM EDTA, SODIUM HYDROXIDE, MALIC ACID, CHLORPHENESIN, SODIUM SALICYLATE.

\*Témoignage 56 jours sur 23 volontaires / Clinical study on 23 volunteers over a 56-day period

### MADE IN FRANCE

Lab  
99  
6B Boulevard  
aillant Couturier  
94200 Ivry  
FRANCE  
[www.dermina.com](http://www.dermina.com)



12M



FSC® C015129

## Exfoliac® SPF 50+

### FLUIDE SOLAIRE MATIFIANT

Très haute protection

### MATIFYING SUNCARE FLUID

Very high protection

Protection UVA-UVB - Matifie  
UVA-UVB protection - Matifies

Non comédogène  
Non comedogenic

#### PEAUX À IMPERFECTIONS

40ml • Made in France



#### **DE SONNENSCHUTZFLUID MATTIEREND**

EXFOLIAC® Sonnenschutz-Fluid LSF 50+ ist speziell für fettriche Haut mit Unreinheiten entwickelt worden. Moderne UVA-/UVB-Filter schützen die Haut perfekt vor den schädlichen Strahlen der Sonne. Talgregulierende und mattierende Aktivstoffe gewährleisten eine reinere Haut. Leichte, nicht fettende Konsistenz.

#### **ANWENDUNGSHINWEIS:**

Großzügig und gleichmäßig vor jeder Sonnenbestrahlung auf die Haut auftragen. Anwendung regelmäßig, vor allem nach dem Baden, nach dem Abtrocknen und sportlicher Aktivität wiederholen.  
DERMATOGICHER GETESTET.

#### **NL MATTERENDE ZONNEFLUIDE**

Exfoliac® Zonnefluid SPF 50+ bevat sterk performante filters met breed spectrum UVA/UVB voor een optimale bescherming.

#### **GEBRUIKSAANWIJZING:**

Vóór elke blootstelling aan de zon voldoende en gelijkmatig aanbrengen en regelmatig opnieuw gebruiken, vooral na het baden, na wrijving of na een sportactiviteit. Aandachtig de bijsluiter lezen.

#### **FR FLUIDE SOLAIRE MATIFIANT**

Innovation : Destiné aux peaux grasses à imperfections, Exfoliac® Fluide Solaire SPF 50+ contient des filtres haute performance à large spectre UVA/UVB pour une protection optimale. Formulé à base d'un complexe unique d'agents séborégulateurs et matifiant, la peau est protégée et reste nette. Texture légère et non grasse.

#### **CONSEILS D'UTILISATION :**

Appliquer généreusement et uniformément avant toute exposition solaire et renouveler régulièrement l'application, surtout après chaque bain, frottement ou activité sportive.

TESTÉ SOUS CONTRÔLE DERMATOLOGIQUE.

#### **GB MATIFYING SUNCARE FLUID**

Innovation: Intended for blemish-prone oily skin Exfoliac® Suncare Fluid SPF 50+ contains high-performance, broad-spectrum UVA/UVB sunscreens for optimum protection. Formulated with a unique complex of seboregulating and mattifying agents to protect the skin while preserving its purity. Light, non-greasy texture.

#### **DIRECTIONS FOR USE:**

Apply liberally and evenly before any sun exposure and reapply regularly, especially after swimming, rubbing or exercising.

DERMATOLOGICALLY TESTED.

#### **ES FLUIDO SOLAR MATIFICANTE**

Innovación : Destinado a las pieles grasas con imperfecciones, Exfoliac® Fluido Solar SPF 50+ contiene filtros altamente eficaces de amplio espectro UVA/UVB para una protección óptima. Su fórmula, a base de un complejo único de agentes seborreguladores y matificantes, protege la piel y la mantiene pura. Textura ligera y no grasa.

#### **CONSEJOS DE UTILIZACIÓN:**

Aplicar generosamente y uniformemente antes de cada exposición al sol y renovar frecuentemente la aplicación, sobre todo después de cada baño, frotamiento o actividad deportiva.

PROBADO BAJO CONTROL DERMATOLÓGICO.

CN :



9767619 - Code CNK: 3115243 - 1.4fl.oz.

noreva-LED  
avenue des Champs Elysées  
08 63000 Clermont-Fd.  
[www.noreva-laboratoires.com](http://www.noreva-laboratoires.com)

REF: EXFO5ETUV1



LOT/BATCH :



دوکسیمایسین®

روکسبیکلین

100

30 قرص

لابوراتوار  
LAPORHAN

دو کسید

30



DOXYMYCINE® 100 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 110DH00 EXP 02/2022  
LOT 02013 1

لا تتجاوز الجرعات المحددة  
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

AMM N° 1444 DMP/21

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب  
POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin

FORMULE UNITAIRE :  
Doxycycline (sous forme de monohydrate) ..... 100 mg  
Excipient qsp ..... 1 comprimé dispersible  
**Cette boîte contient 3 g de Doxycycline**

# درمو فيكس

جل

سرتاكونازول

100 غ

% 2

استعمال جلدي

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver dans un endroit frais, à une température inférieure à 30°C

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

يحفظ في مكان بارد حتى درجة حرارة دون 30° م



Tableau A (liste I)

 ferrer

Lot: N001

EXP.: 06-2022

PPV.: 92 DH 80

