

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.

N° W21-631310

72403

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	267	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. ALI HOMRI DERMATO-VENEROLOGUE Imme GUERMANE Av. 29 Février Tel 05 28 82 19 82 - AGADIR			
Date de consultation : 12 MAI 2021			
Nom et prénom du malade : ASSEBANE MOHAMED Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : DERMATOLOGIE			
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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 MAI 2021	S		200 DH	INP : INP : 041075698 Dr. ALI HOMRI DERMATO-VENEROLOGUE GUAERMANE Av. 29 Février ACADIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACIE AGADIR Rue Allal Ben Abdellah Agadir Tel: 05 28 82 35 08 Fax: 05 28 82 35 49 Tél: 06 61 17 89 49 S.M. 06 61 17 89 49	12/15/2021	Rs 139.70 dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles
Chirurgie Dermatologique
Laser Dermatologique
Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie
Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

إختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر
والأمراض التنااسلية
الجراحة الجلدية
العلاج بالليزر
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى
الحسن الثاني أڭادير

12 MAI 2021

A STEPHANE MOUAMER

1) NO CAN D 75

46.70



Stylen sur 4 flacons



19.00 2)

Myxolatum poso

INPE: 042055178

ytal w rme



44.00

Xycet

gler N 75.



Rendez-vous, le :

Dossier N° :

21E1148



Chambre N°

مصحة تغزوت
CLINIQUE TAGHZOUT

Inezgane, le :

18/05/2004

R E Ç U

0009308

La clinique Taghzout, déclare avoir reçu la somme

De : 5530,50 DH

De Mr / Mme :

Assellane Abig

Concernant les frais d'hospitalisation de Mr / Mme :

Chorifi Zouhour

Et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Clinique Taghzout S.C.P. Angle 11 Janvier et Av. Hassan II - Hay El Hassani Inezgane.
Tél.: 05 28 33 23 33 - Fax : 05 28 33 23 34

MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

LOT: 08220013
PER: 04/2025
PPU: 49,00 DH



IBERMA

(W14242) Wm



04/17

Usage externe

Flacon de 30 g

Composition par 100 grammes

Nitrate d'éconazole	1 g
Acide borique	10 g
autres excipients	q.s.p

مكونات من أجل 100 غرام

نيترات الإكونازول	1 غ
حمض البويريك	10 غ
سواغات أخرى	ك.ك.ل.

AMM N° : 168/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

2

ميكوديرم® 1%

مسحوق جلدي
نيترات الإكونازول



IBERMA

11082

قارورة من 30 غ

استعمال خارجي

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver ce médicament dans un endroit frais et sec.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.

يترك بعيداً عن متناول وعن أنظار الأطفال.
يجب تخزين هذا الدواء في مكان بارد و جاف.
قراءة التعليمات بعناية قبل استخدام هذا الدواء.

Fabriqué par

le laboratoire pharmaceutique IBERMA

ZI -Lot 149-Had Soualem- Province de Berrechid Maroc

NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable

6
118000-230144

MYCODERME® 1%
Poudre dermatique
Flacon de 30 g

06/18
100155

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :
Fluconazole 150 mg
Excipient : q.s.p. 1 gélule.
Liste des excipients à effet notoire : lactose.
Boîte de 4 gélules, soit 600 mg de fluconazole

AMM N° 005/13 DMP/21/NNP

18x4x5,6x7

NOCAND®

Fluconazole

Voie orale

150 mg

4 gélules



bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaï - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MISES EN GARDE SPECIALES :

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

PRÉCAUTION PARTICULIÈRE DE CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 30° C.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Lotto type
12



NOCAND® 150 mg
Fluconazole
4 gélules

6 118 000 041368

Xycet®

5 mg

15 Comprimés entrobés



Xycet® 5 mg
Lévocétirizine dihydrochloride
15 Comprimés entrobés

PROMOPHARM S.A.



A utiliser sous prescription médicale
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION
Lire la notice avant utilisation
Pas de précautions particulières
de conservation.

04

5 mg

Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



Ne pas dépasser la dose prescrite
Liste II (Tableau C)

Fabriqué par :
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du sahel, Had Sousse - Maroc

2CS063-V01

قرص مختلف



عن طريق الفم

كسنست®

لأنف و بولدين ٤٣١
هيبروكاربود



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

يصرف بوصمة طبية
يحفظ بعيداً عن الماء و منatorial الأطفال
الدوارة و ضيق الأنف
غذا الشفارة قبل الإستعمال
لا تؤخذ لمن يعانون حساسية المفعول.

55x80x20

٢٥٠ / ٤٦

