

# 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° W21-820620

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3465

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KACHT YAMNA

Date de naissance :

01 01 1959

Adresse :

N° 2 RUE 952 SALAM Abdellah

Tél. : 06 62 17 07 48

Total des frais engagés : 363,3 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

20 JAN 2024

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DEMATOSE

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 : AGADIR

Le : 20/01/24

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-820620

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
20/11/2021	S	25.08		INPI 041075698 Dr. ALI DURMI DERMATO-VENEROLOG Imme GUERMANE Av. 29 Février 033 33 10 00 AGA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

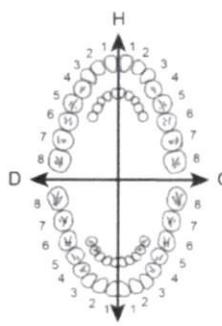
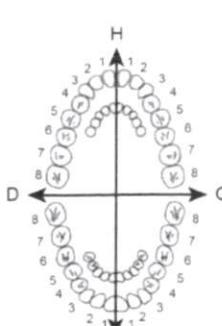
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### BEI EVE 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	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	11433553															
B	35533411																
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

# 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

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر  
والأمراض التناولية  
الجراحة الجلدية  
العلاج بالليزر  
رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى  
العنين الثاني أڭادير

20 JAN 2024

MP: 04204991  
N°13, Rue Abdellah Ben Ziane  
Dr. Bellakadem El Moudawine  
Pratimacie RALIA  
Tel.: 05 23 56 28 23  
M. 13, Rue Abdellah Ben Ziane  
Dr. Bellakadem El Moudawine  
Pratimacie RALIA  
Tel.: 05 23 56 28 23

✓ P.R.N.

1/4 ACHT 40 MN  
A.S.

X Y CEST  
1 exp le 02/02/2024

A.S.

3200

EFFICACITÉ la pénétration

✓ P.R.N.

YIKI, 1 mm  
Y N 1 mm

280100

35

Depuis le 01/01/2024

vis

196,00  
41



Ali HOMRI  
CHIRURGIEN DERMATOLOGUE  
29 Février  
N°5 - AGADIR

Rendez-vous le :

06.72.04.73.73 - 05.28.82.19.82 - Agadir الهاتف : 29 فبراير - شارع المحصول : 5 رقم عمارة گرمان

Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73

5 mg

# Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



30

Comprimés  
enrobés

75,50

10

A utiliser sous prescription médicale  
Tout hors de la portée et de la vue des enfants  
MODÈLE ET VOIE D'ADMINISTRATION  
Une boîte pour une utilisation  
Pas de précautions particulières  
de conservation.



يجب تجنبه في الأطفل  
أيام العطش والجفاف  
أيام الحرارة العالية  
أيام الحرارة العالية  
أيام الحرارة العالية

96x47x18

30 Comprimés enrobés

Xycet®

5 mg

5

Xycet® 5 mg

Composition :

Lévocétirizine dihydrochloride, 5 mg

Excipients (dont lactose), 450 mg

30 Comprimés enrobés

02/23

Xycet® 5 mg  
Lévocétirizine dihydrochloride  
30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.

6 118000 242666

Barcode

# كزیست

لیفوسیتیریزین شانی هیدروکلورید

لیفوسیتیریزین شانی هیدروکلورید  
لیفوسیتیریزین شانی هیدروکلورید  
لیفوسیتیریزین شانی هیدروکلورید  
لیفوسیتیریزین شانی هیدروکلورید

عن طريق الفم



30

قرص مغلف

Ne pas dépasser la dose prescrite

Emballage sur ordonnance

Lette II (Takkeu C)

Fabriqué par : PROMOPHARM S.A

Z.I du sud, 1040 Soukien - Maroc

2CS0064-V02

# Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

AC0283/01

Crème lipophile  
Voie cutanée

0,127%

GALDERMA

38X26X132

1

# Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Crème lipophile  
Voie cutanée

0,127%

Crème lipophile  
Voie cutanée

0,127%  
30 g

GALDERMA



Composition :

0,127 g

Acéponate d'hydrocortisone.....  
Excipients : vaseline blanche, brij tri-stearate d'aluminium, paraffine liquide, propylène glycol, eau purifiée,.....

sulfite de magnésium, eau purifiée,.....  
Tube de 30 g contenant 0,018 g d'acéponate d'hydrocortisone.

Excipient à effet notable : huile de ricin.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Conserver ce médicament à une température ne dépassant pas 25 °C.

Sous licence des Laboratoires GALDERMA - France

B.P. N°1, 27182 - Bousloura - Maroc

S o t h e m a

Litho Typo

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance

Ne pas avaler  
Respecter les doses prescrites

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

LOT : 0128  
EXP : AVR 2026  
PPV : 37,80 DH



6 118000 020431

EFFICORT® Lipophile 0,127% Crème  
TUBE DE 30 g  
AMM N°: 10 DMP/21/NCI

# 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

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر

والأمراض التنسالية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أڭادير

20 JAN 2024

RACHT YAMNA

Vue a Jan au velv  
plus autre de  
dermatolog

S, 250 g

Dr. ALI HOMRI  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Imme GUERMANE Av. 29 Février  
Tél. 05.28.82.19.82 - AGADIR

Rendez-vous, le : .....

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرجت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73  
Imme.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73