

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

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 AGADIR

Tél. : 06 62 17 57 48

Total des frais engagés : 363,3

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALI NUNU
DERMATO-VENEROLOGUE
Imm GUERMANE Av. 29 Février
Tél. 05 22 22 19 00 AGADIR

Date de consultation : 12 01 2024

Nom et prénom du malade : KACHT YAMNA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 : 01 / 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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
				INP : 041075698 Dr. ALI NURIN. DERMATO-VENEROLOGUE Imm GUERMANE Av. 29 Février Tel : 05 88 93 48 87 - ACADI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2014	113.2

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
		B												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

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 و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسين الثاني أكادير

20 JAN 2024



Pharmacie RAJAMA
No 13 Rue Abderrahmane Ben Zidane
Dr. Belkacem EL MARZOUGI
Tel.: 05 28 23 56 70
INPE: 042049973



EFFORT la pinte

Y, X 2, w 7 mm
Y w 7 mm



Rendez-vous, le :

عمارة گومان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرجت - أكادير الهاتف : 05.28.82.19.82 : الموبيل 06.72.04.73.73
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73

02/23

Xycet® 5 mg

Composition :
Lévocétirizine dihydrochloride ... 5 mg
Excipients (dont lactose) : q.s.p. - 1 comprimé
Voir la notice pour plus d'informations

5 mg

5 مغ

Xycet® 5 mg
Lévocétirizine dihydrochloride
30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242668

كزيست®
ليفوسيتريزين ثنائي هيدروكلوريد

عن طريق الفم

30
قرص مغلف

Ne pas déposer la dose prescrite
Uniquement sur ordonnance
Lettre II (Tablète C)
Fabriqué par : PROMOPHARM S.A.
Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc

10

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
Ne pas consommer d'autres médicaments sans avis particulier
de conservation.



بصرف وصفة طبية
يحفظ بعيدا عن براري و متناول الأطفال
اقرأ التعليمات قبل الاستخدام
لا توجد احتياطات خاصة للطف.

5 mg

Xycet®
Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale

30
Comprimés
enrobés

96x47x18

2CS0064-V02

75,50

AC0283/01

Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Crème lipophile

Voie cutanée

0,127%

GALDERMA

38X26X132
1

Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Crème lipophile

0,127%

Voie cutanée

Crème lipophile

Voie cutanée

0,127%

30 g

GALDERMA

Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Composition:

Acéponate d'hydrocortisone.....0,127 g

Excipients: vaseline blanche, bi, tri-stéarate d'aluminium, paraffine liquide, paraffin WX, adu BW, sulfate de magnésium, eau purifiée.....q.s.p. 100 g de crème.

Tube de 30 g contenant 0,0381 g d'acéponate d'hydrocortisone.

Excipient à effet notoire: huile de ricin.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

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



سوثيما
sothema

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 - Boussouira - Maroc

Sous licence des Laboratoires GALDERMA - France

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



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 و الأظافر

و الأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أكادير

20 JAN 2024

RACHT YAMNA

Vue a jam au celt
pau aultu de
d-tolo ju

S, 200 sh

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

Rendez-vous, le :

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