

## 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 :

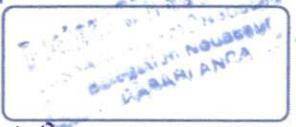
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>26742</b>			
Matricule : <b>11658</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Boumehdi Rachida</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : <b>11 B Rue Sanger Cité de l'air Nouakchott</b>			
Tél. : <b>06.62.70.35.93</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>24/12/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Boumehdi Rachida</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Arthrose + ostéoporose</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Chute</b>			
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**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/12/2020 C			Gratuit	INP : 091040103 Etablissement de la Nouvelle Sécurisation Nationale ANCA

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA EL HAIK FOUAD PHARMACIEN 46, Centre Commercial Deraoua 0522 53 21 77 TÉL : 0522 53 21 77 TÉL : 0522 53 21 77	10/02/2020	9800 6110

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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

PPC: 49.00 DH  
CB00056  
EXP: 09/2020

DU MAROC  
de la santé  
ince de Noua

PPC: 49.00 DH  
CB00056  
EXP: 09/2020

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبية إقليم التواص

## ORDONNANCE

A ..... le ..... 24/12/2020.

CACHET DU MEDECIN

Mme BOUMETTA RACHIDA

49<sup>02</sup>  
X2

Benecca =

9899

S.V.

PHARMACIE DEROUAD  
EL HAÏK FOUAD  
46, Centre Commercial Derouad  
tel.: 0522 33 21 77, Fax.: 0522 33 25 16

cp le mabru

x Luis

H





# intétrix®

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### DENOMINATION :

INTETRIX, gélule

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QL

TILIQUINOL .....

TILIQUINOL (Laurylsulfate de) .....

TILBROQUINOL .....

Excipients : lactose monohydraté, ami-

1202 90 PER : 01  
0100077

INTETRIX GELULE NF  
B20

P.P.V : 33DH90

.. 50 mg

.. 50 mg

. 200 mg

6 118000 010852



Pour une gélule\*

- Composition de l'enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane (E171), azorubine (E122), indigotine (E132).

### FORME PHARMACEUTIQUE :

Gélule, boîte de 20 ou 40.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

#### ANTI-PROTOZOAIRE

(P : Antiparasitaires).

## 2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement de l'amibiase intestinale de l'adulte.

## 3. ATTENTION !

### DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

*EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

### PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenir votre médecin en cas d'insuffisance hépatique. En cas de jaunisse sous traitement, arrêter le traitement.

Certains médicaments ne doivent pas être associés (hydroxyquinoléines).

Signalez à votre médecin tout traitement en cours.

*EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.*

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

*AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.*

### GROSSESSE - ALLAITEMENT :

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse.



# صيدلية دروة

EL HAIK Fouad

الحادي عشر

PHARMACIEN

مدد ای

Deroua Nouaceur R. P. 7 № 004236  
entre Médiouna et Berrechid

الدورة النواصر ط ٧

بِرْشَدٍ وَمَدِيْوَةٍ

Tél. : \_\_\_\_\_

Deruoa, le

15/02/2023

السدرة في

## M d French (S)

السيد