

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0013161</u>	Société : <u>JO 868</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL KHOUTABI OMAR</u>			
Date de naissance : <u>08/02/1981</u>			
Adresse : <u>RES LES COLLINES GXT ACACIA INN 7 APT 9 EGY</u>			
Tél. : <u>06 6131 4236</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr. Fadwa LAHLOU</b> Dermatologue - Vénérologue Angle Bd. Anoual et Rue Abdellaziz Rais Rés. Abdelmoumen Imme. 10, 1er Etage Casa Tél. : 06 73 53 88 84 / 05 22 23 60 85		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<u>06/05/2023</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>OMAR EL KHOUTABI</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Entourage
Nature de la maladie :	<u>Molluscum</u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli blindé 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



#### **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
06/05/23	Consult CS		300,00	INP : 09125018B

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL-SABAH MANOUELA HIRI 06/05/23	06.05.23	39,70

#### **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	

#### **BELÈVE 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 canalaire, 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"> <tr> <td>H</td> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25633412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25633412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					<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"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

# DR. Fadwa LAHLOU

Dermatologue - Vénéréologue

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca



الدكتورة فدوا لحلو

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
الأمراض التنسالية

طبيعة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيعة كلية طب وصيدلة سابقاً بالمستشفى الجامعي  
طبىء الدار البيضاء

INPE = 091250183

Casablanca, le 06/05/2023

Facture

Médical

M<sup>r</sup> €1 Khoutalsi OMAR

Acte  
Consult

Electrocoagulation  
villes au pendule  
> 3

Cotation  
cs

K10

Montant

300,00

600,00

700,00

Arrêtée la présente facture  
à la date du septembre  
dix-huit ans.

تقاطع شارع أنوال وعبد الكريم الرايس، إقامة عبد المؤمن عمارة رقم 10  
شقة رقم 3، الطابق الأول، الدار البيضاء، الهاتف: 06 73 53 88 84 05 22 23 60 85 المحمول:

Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10  
1er étage Appt. N°3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - Gsm: 06 73 53 88 84

Dr. Fadwa LAHLOU  
Dermatologue - Vénéréologue  
Angle Bd. Anoual et Rue Abdekrim Raiss  
Rés. Abdelmoumen Imm. 10, 1er étage  
Tél: 06 73 53 88 84 05 22 23 60 85

# DR. Fadwa LAHLOU

Dermatologue - Vénéréologue

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca



# الدكتورة فدوی لحلو

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
الأمراض التنسالية  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد الدار البيضاء

Casablanca, le 06/05/2023

162.00 M<sup>5</sup> El Khoutabi OMAR

① Cicaplast Baie

Spf50

1 capsl x 4/1j

sur toutes les cicatrices pft 3 ser

39,60

② Fucidine

2 x 1j

pft 1 ser

PHARMACIE  
BAB ECHIFA  
Anfa TAHIRI  
05 22 97 54 65

DR. Fadwa LAHLOU  
Dermatologue - Vénéréologue  
Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10  
1er étage Appt. N°3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - Gsm: 06 73 53 88 84

تقاطع شارع أنوال وعبد الكريم الرايس، إقامة عبد المومن عمارة رقم 10  
شقة رقم 3، الطابق الأول، الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 23 60 85 05 المحمول: 06 73 53 88 84

Angle Bd. Anoual et Abdekrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10

1er étage Appt. N°3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - Gsm: 06 73 53 88 84

**cidine® 2%**  
Tube de 15 g

**Fucidine® 2% crème**

Tube de 15 g



118000 120582



ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin  
à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a  
risqueriez de lui causer tort; même si elle présente les mêmes

39120

SECTION	Centésimal	Par tube de 15 g
Acide fusidique	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Liste des excipients : butylhydroxyanisole, sorbate de potassium, alcool cétilylique, glycérol, paraffine liquide, polysorbate 60, vaseline, eaupurifiée.

Tube de 15g.

Ce médicament est un ANTIBIOTIQUE A USAGE TOPIQUE (D: Dermatologie).

◆ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un antibiotique.

Il est préconisé dans les infections cutanées dues à certains germes (staphylocques et streptocoques).

◆ ATTENTION !

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants:

- allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,
- infections mammaires lors d'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

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

MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

• La crème ne doit pas être appliquée sur l'œil.

• Ne pas utiliser la crème sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR CERTAINS PATIENTS

Alcool cétilylique, Butylhydroxyanisole, sorbate de potassium.

◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

POSOLOGIE

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Eviter l'application en couche épaisse.

Cette présentation sous forme de crème est plus particulièrement adaptée aux lésions suintantes, macérées et dans les plis.

◆ EFFETS INDÉSIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS:

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczema allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue.

SIGNEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITÉE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

A conserver à température ambiante (inférieure à 25°C).

◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE 1

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué par **POLY MÉDIC** sous licence Léo pharma

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane- Maroc

Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable