

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° W21-787624

20 1147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13144 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAUI FATHI Rachid

Date de naissance : 28/03/1994

Adresse : 79, Rue des Lauriers

Tél. : 06 61 65 33 07 Total des frais engagés : 614,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2024

Nom et prénom du malade : Rachid El Alaui Fathi Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatozose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

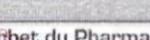
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 01/04/2024

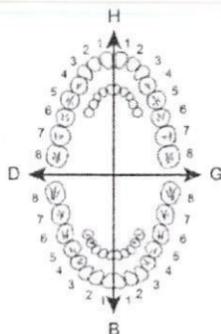
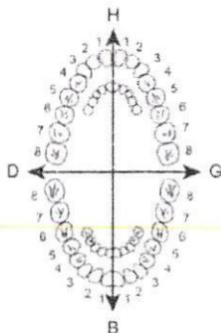
Signature de l'adhérent(e) :

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
11/12/24	C.S.		300,00	INP : 01782911160
01/01/25	Electrocoagulation		200,00	Dr. Nafissa Dermatologue - Vénérologue Annuaire 2024 - Jasmine Off. 5 N° 9 - Doukourou 70 43 43 55
	C 1171 K3			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Zennar Boulevard de la République N° 101 Tél: 0920 969 827 - Fax: 0920 969 827 INPEC 0920 969 827 - ICES 0920 969 827</p>	02/11/20	114.70

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																			
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p>																			
<p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>															
																			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nafissa Farid

Dermatologue

Diplôme en Médecine Esthétique
et Lasers - **Bordeaux, France**

- Maladies de la peau
- Maladies des ongles et cheveux
- Chirurgie dermatologique
- Médecine esthétique
- Lasers médicaux



الدكتورة نفيسة فريد

أخصائية في الأمراض الجلدية
دبلوم في طب التجميل و الليزر
بجامعة بوردو بفرنسا

- أمراض الجلد
- أمراض الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- طب التجميل
- الليزر

Bouskoura, Le : 01/04/2024

Nom et Prénom : El alaoui Fathi Rachid

up 70

1) Mycoster spray

(75)

Dr. Nafissa Farid
Dermatologue Médecin
Al Andalous 3, Jasmine Office 5
3ème étage, N°9 - Bouskoura
Tél. 06 78 48 49 25

lapp x 2 / 5

3x

49.00

2) Mycoderm

(75)

poudre

chaussures

et chaussures

25.00

3)

Agider

(75)

(vive)

lapp x 2 / 5

PHARMACIE ZEMMAMA
Bouskoura - N°9 - 3ème étage
INPE 062069327 - ICS 00194336307
Bouskoura - N°9 - 3ème étage
Bouskoura - N°9 - 3ème étage

Al Andalous 3, Jasmine office 5, 3ème étage, N°9 . Bouskoura

05 22 01 23 43

nafissa.farid@gmail.com

06 78 48 49 25

acabrisante

crème

Adax

INPE 092069327 -ICE:001943363000088
Bouskoura-Casa-Tél:0522 32 03 01
km 16 Route Secondaire 109 Douar Fokra
PHARMACIE ZEMMAMA

مستشفى زمماما

app 1

x 3 / 5

TIME

LOT: 08223006
PER: 02/2028
PPV: 49,00 DH

Flacon de 30

INPE 092069327 -ICE:001943363000088
Bouskoura-Casa-Tél:0522 32 03 01
km 16 Route Secondaire 109 Douar Fokra
PHARMACIE ZEMMAMA

مستشفى زمماما

Controle 105.

Dr. Naïssa FARID
Dermatologue - Vénérologue
Al Andalous, Jasmine Office 5
Avenue du 9 - Bouskoura
Tél: 05 78 48 49 25

0.315g
un tube de 15g
érieure à 25°C

LOT: 356
PER: 10/26
PPV: 25,00 DH

18/4/2024

12 h

MYCOSTER® 1%

Ciclopiroxolamine

Solution
pour application cutanée



Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.
D01AE14

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit.
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

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

Faites attention avec MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée :

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

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

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.