

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.

Biologie 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.

Radio :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0029735

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 273 Société : 42979

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHADMI

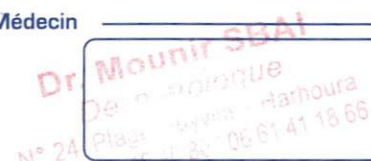
Date de naissance : 25/06/1977

Adresse :

Tél. : 0661344798 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/06/2020

Nom et prénom du malade : Mekki Chadmi Age :

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : Le : / /

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

Dr. Mourir
Dermatologue
N° 24, Plage Chayma - Agadir
Tél: 05 37 40 40 50 / 06 61 41 18 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Vieux Marocain Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous N°7 - TANGER Tél: 05 37 64 12 18	24/09/2020	383,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

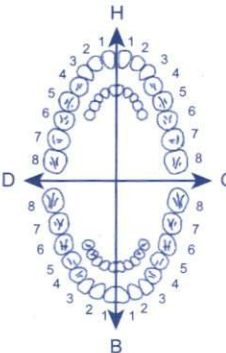
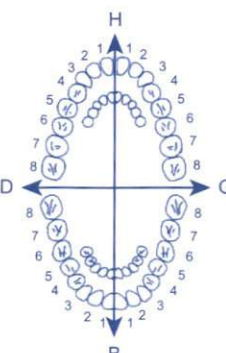
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <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 colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Mounir Sbai

Spécialiste en dermatologie

Dermatologie esthétique

Pathologie de l'ongle et cheveux

Laser Dermatologique

Ex. directeur de l'Hôpital Aïn Chok



الدكتور منير السباعي

أخصائي أمراض جلدية

أمراض الشعر والأظافر

ليزر

تجميل

مدير سابق بمستشفى عين الشق

24/09/2020

Harhoura, le :

Ordonnance

CHIADMI Mekki

1 - Onyster

une fois par jour sur l'ongle

2 - Teguma crème

une fois par jour pendant 1 mois

3 - Topsyne APG

une fois par jour pendant 15 jours

4 - Cytéal solution

toilette quotidienne

383,20

260,00

20,00

24,20

29,00

Pharmacie Vieux Marocain
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
N°7 Témara
Tél: 05 37 64 12 18

Dr. Mounir SBAI
Dermatologue
N° 24 - Plage Guyville - Harhoura
Tél : 05 37 40 40 80 / 06 61 41 18 66

Lot Dinia n° 24 plage Guyville Harhoura - Témara تجزئة دينيا رقم 24 شاطئ كيفيل الهرهورة - تمارة

Tél.: 05 37 40 40 80 / 06 61 41 18 66 - E-mail: dermatologieharhoura@gmail.com

IF : 40264991 - CNSS : 8612170 - INPE : 101171403 - ICE : 001754182000052

Pharmacie Vieux Marocain
Av. Mohamed VI, Hay AL Andalous
N°1 - TEMARA
Tél: 05 37 64 12 18

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

212enata Ain sebaa Casablanca

ONYSTER PT UREE DM 10G

PPC : 260,00 DH



3 592619 314311



PZN-06729328



2505-287

ACL 3401097234090

TOPSYNE

GEL

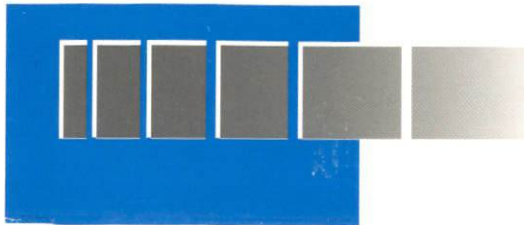


5

Gel dermique, tube de 30g

طوبسين

جهد
فليوسينونيد



جهد للبشرة
30 غ

Composition

Fluocinonide 25 mg
Excipients q.s.p 100 g

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale



Fabriqué par **Polymédic**

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane, CASABLANCA - MAROC
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

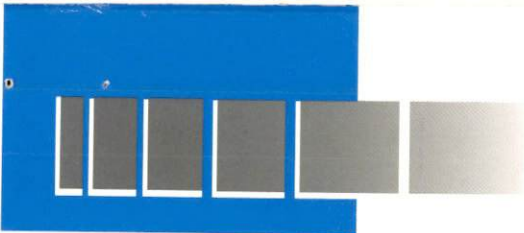
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la lumière, hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 د.م.
بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال



Liste I



Gel dermique
30 g

TOPSYNE
GEL
FLUOCINONIDE

Indications

Toutes dermatoses inflammatoires, allergiques de la peau et du cuir chevelu et notamment le psoriasis, les parakératoses, les eczémas.

Posologie

(voir dépliant «e»)

Selon prescription médicale. En général, 2 applications par jour.

Précaution d'emploi

En cas d'infection surajoutée, une thérapeutique antibiotique ou antifongique locale complémentaire s'impose.

تعليمات

الامراض الجلدية الملتهبة أو الحساسية والحكة (الأكزيما)
التصدف - الحكة الشديدة)

الاستعمالات

مرتان في اليوم حسب إرشادات الطبيب

تنبيه الاستعمال

في حالة تعفن يجب علاج محلي مضاد للجراثيم

ONYSTER®

10 g

ONYSTER®

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

10 g

Composition de la pommade : Urée, Lanoline, Vaseline blanche.
Zusammensetzung der Salbe: Harnstoff, Wollwachs (Lanolin), weiße Vaseline.
Composizione della pomata: urea, lanolina, vaselina bianca.
Samenstelling van de zalf: ureum, lanoline, witte vaseline.
Composition of the ointment: Urea, Lanolin, White Soft Paraffin
Sastav masti: ureja, lanolin, bijeli meki parafin.
Состав мази: мочеви́на, ланолин, белый мягкий парафин.



PIERRE FABRE MEDICAL DEVICES
29, avenue du Sidobre
81106 Castres Cedex - France

FR Onyster® est préconisé dans le cadre du traitement local des mycoses des ongles des mains et des pieds. Ne pas utiliser sur peau lésée. Ne pas utiliser en cas d'allergie à l'un des constituants. Tenir hors de portée des enfants. Pour usage externe uniquement.

DE Die Anwendung von Onyster® wird im Rahmen der lokalen Behandlung von Pilzinfektionen der Finger- und Zehennägel empfohlen. Nicht auf geschädigter Haut anwenden. Nicht bei einer Überempfindlichkeit (Allergie) gegen einen der Bestandteile anwenden. Für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nur zur äußerlichen Anwendung.

EN Onyster® is recommended to be used as part of the topical treatment of fungal nail infections. Do not use on damaged skin. Do not use in case of allergy to one of the ingredients. Keep out of the reach of children. For external use only.

HR Onyster® se preporuča kao dio lokalnog tretmana gljivičnih bolesti noktiju. Ne smije se koristiti na oštećenoj koži. Ne smije se upotrijebiti u slučaju alergije na neki od sastojaka. Držati izvan doseg djece. Samo za vanjsku primjenu!

IT Onyster® è raccomandato nell'ambito del trattamento topico delle onicomicosi delle mani e dei piedi. Non usare sulla cute lesa. Non usare in caso di allergia a uno dei componenti. Tenere fuori dalla portata dei bambini. Solo per uso esterno.

NL Onyster® wordt aanbevolen in het kader van een lokale behandeling van vinger- en teennagelmycosen. Niet gebruiken wanneer de huid beschadigd is. Niet gebruiken in geval van allergie voor een van de bestanddelen. Buiten het bereik van kinderen houden. Uitsluitend voor uitwendig gebruik.

RU Onyster® Мазь рекомендуется для местного применения при комплексном лечении грибковой инфекции ногтей. Не наносить на поврежденную кожу. Не использовать при аллергии на один из компонентов препарата. Хранить в месте, недоступном детям. Только для наружного применения.



30 °C

LOT

