

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-588307

ND: 58653

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule : 9278      Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : BENDOURO MOUNA

Date de naissance : 13/01/1969

Adresse : 460177

Tél. :      Total des frais engagés :      Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :      Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie :

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 : RABAT      Le : 21/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-588307

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).

23 DEC 2020  
Matricule 9278  
Nom de l'adhérent(e) BENDOURO MOUNA  
Total des frais engagés : 5500  
Date de dépôt :

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CEMBOURG DES PHARMACEUTIQUES</i>	<i>25.11.2012</i>	<i>55.20</i> <i>55</i>

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

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

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.

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-50116

Date : 09/12/2020

BENDOURO MOUNA

Maroc

## Produit

Produit	Qté.	P.U	Total
FUCIDINE PD 15G POMMADE DERMIQUE	1	39,70	39,70
VITA C CO 1000 B10 COMP EFFER PM	1	15,30	15,30



Total Organisme	0 DHS
Total Client	55,00 DHS
<b>Total</b>	<b>55,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-cinq DHS

TP : 26100196 RC : 77074 ICE : 001674141000096  
Tel : 0537011040 RIB : 2121150231990022  
Adresse : Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT

Dr. JABOR Sanaa  
PHARMACIE DES JARDINS  
Avenue Mohammed 6, km 18  
Rabat  
Tél/Fax : 0537011040

# Fucidine® 2% pommade

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez-le nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

## ♦ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

### DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

### COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centésimale	
Fusidate de sodium Excipients q.s.p.	2 g 100 g	
Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.		15 g

FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

#### ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines  
(D : Dermatologie).

#### ♦ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylococques et streptocoques.

#### ♦ ATTENTION !

#### DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

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 de l'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 pommade ne doit pas être appliquée sur l'oeil.

\*Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

\*Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER 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 TUIJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

### LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Lanoline.

#### ♦ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

### POSÉOLOGIE

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

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

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

### FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRE

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

### DUREE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

#### ♦ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINS PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS.

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczème 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, SIGNALEZ A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE 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

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

#### ♦ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE 1

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

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ A UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par **POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalaïne - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable