

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-527616

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a) : **8482** Société : **R.A.M.**

Matricule : **8482**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Mustapha**

Nom & Prénom : **Moul Goumri**

Date de naissance : **4.3.58**

Adresse : **Mérou**

Tél. : **0861928624** Total des frais engagés : **401,7004** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26.2.2020**

Nom et prénom du malade : **Moul Goumri**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : **Aff gynécologique**

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 : **Casa**

Le : **08/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



[illegible][illegible][illegible]

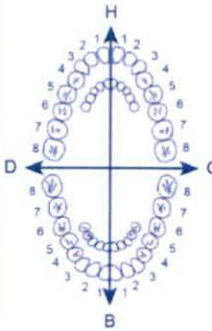
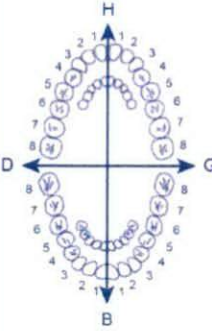
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
				Coefficient des Travaux	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
				Montants des Soins	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
				Début d'exécution	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
				Fin d'exécution	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D                  G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D                  G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des Travaux	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D                  G														
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
				Date du devis	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										
				Date de l'exécution	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Bouchra SBAÏ

Médecine générale

Diplômes des études Supérieures de l'Université  
de : Prévention en Gynécologie

Stérilité du Couple

Colposcopie

Échographie

# الدكتورة بشرى السباعي

الطب العام

دبلوم الدراسات العليا للجامعة في :

وقاية أمراض النساء

العقم عند الزوجين

تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

Melle Moulgoumri Fatim Zahra

26.02.0.

89.00

- Sedosteil gel PH  
2 fl/j

1 semaine.

87.30

- dermafox crème

1 appl/j le soir

75.40

- Myne 250/100

1 gel / semaine 3x

251.70

75,40

Dr. Bouchra SBAÏ  
Médecine Générale  
142 Av. Al Khalil, Hay My Abdellah Ain Chock - CASABLANCA  
Tel: 05 22 50 72 24

142, شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - ☎ : 05 22 50 72 24

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Ain Chock - CASABLANCA - ☎ : 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070

# SEDASTERIL+

CREME LAVANTE  
ANTI-BACTÉRIEN\*

11	09	22
LOT		PER
Prix	89	00

## COMPOSITION :

Aqua, Sodium Chloride, Cocamide Dea, Cocamidopropyl bétaine, Lauryl betaine, Peg-7 Glyceryl Cocoate, Glycerin, Chlorphenesin, Salicylic Acid, Sodium Benzoate, Parfum, Magnesium Salts (Chloride And Nitrate), Sodium Hydroxide, Methylchloroisothiazolinone, Methylisothiazolinone.

## CONSEILS D'UTILISATION :

- Hygiène des peaux fragiles ou sèches de l'enfant à partir de 3 ans et de l'adulte (convient aux femmes enceintes ou allaitantes).
- Toilette intime quotidienne.



# DERMOFIX® Crème

## Sertaconazole

### Composition :

Sertaconazole nitrate .....  
Excipients (dont E218 & Acide sorbique) .....

### Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage topique. Son spectre d'activité s'étend sur :  
- levures pathogènes (Candida albicans, C. tropicalis, C. spp., Pityrosporum orbiculare)  
- dermatophytes (trichophyton, Epidermophyton et Microsporum)  
- champignons opportunistes filamenteux (Aspergillus)  
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques  
- bactéries gram<sup>+</sup> (Staphylocoques et Streptocoques)

### Indications thérapeutiques :

Traitement topique des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea d'athlète, Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae (Sycosis), et Tinea manus, Candidoses (Minilose) et Pityriasis versicolore (Pityrosporum orbiculare).

### Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications n'entraînant jamais la suspension du traitement.

### Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela, son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

### Posologie usuelle, voie et mode d'administration :

Voie topique.

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et uniformément, en essayant de couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter.

La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récurrence, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître entre deux et quatre semaines de traitement.

Pityriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytose : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

### Formes et autres présentations :

Dermofix® crème 2% tube de 30 g

Dermofix® poudre flacon de 30 g

Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 g

Dermofix® Gel 2% flacon de 100 g

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

### Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
S/L FERRER INTERNATIONAL