

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-527616

*NO = 24204*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (s)

Matricule :

84 82

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mouloudi Justapha

Date de naissance :

H. 3 - 58

Adresse :

Medine

Tél. :

061 92 86 84

Total des frais engagés : 401,700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26. 2. 08 09 MARS 2008

Nom et prénom du malade :

Mouloudi Justapha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alg. genito-urinaire

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 : 08/10/2008

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26.02.20 01	4.		150,00	INP : 0911127023 Générale Choc Trajini Choc Case

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDELLAH	26.02.20	251.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICALS

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

#### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Bouchra SBAÏ

Médecine générale

Diplômes des études Supérieurs 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

العمق عند الزوجين

تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

M<sup>elle</sup> Moulgoumri Faten Zohra

26.02.20.

89.00  
- Sedostein gel pH physiologique  
2 fls/j 1 semaine.

87.30  
- dermofix crème  
1 app/j le soir

75.40  
- Myne 256100  
1 cyl/1 semaine 3xay

251.70

75,40

Dr. Bouchra SBAÏ  
Médecine générale  
142 AV ALI KHALIL  
0522 507224 - CASABLANCA

142 ، شارع الخطيل - 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'applique aux levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum orbiculare*), aux dermatopigments (*Trichophyton*, *Epidermophyton* et *Microsporum*), aux champignons opportunistes filamentueux (*Aspergillus*), aux germes résistants à d'autres anti-mycosiques et aux bactéries gram+ (*Staphylococcus* et *Streptococcus*).

### Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea d'athlète, Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Hépès circiné), Tinea barbae (Sycosis), et Tinea manus, Candidoses (Minillose) 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 récidive, 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.