

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

soins 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.

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.

Education :

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SA GHIR RUMPHIE

Date de naissance :

1939

Adresse :

CHE SNAIL IERNE
10 CAMP

Tél. 06 62 93 86 40 Total des frais engagés : 15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 AOUT 2021

Nom et prénom du malade :

ESSAOUIR HIRTH

Age :

45 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

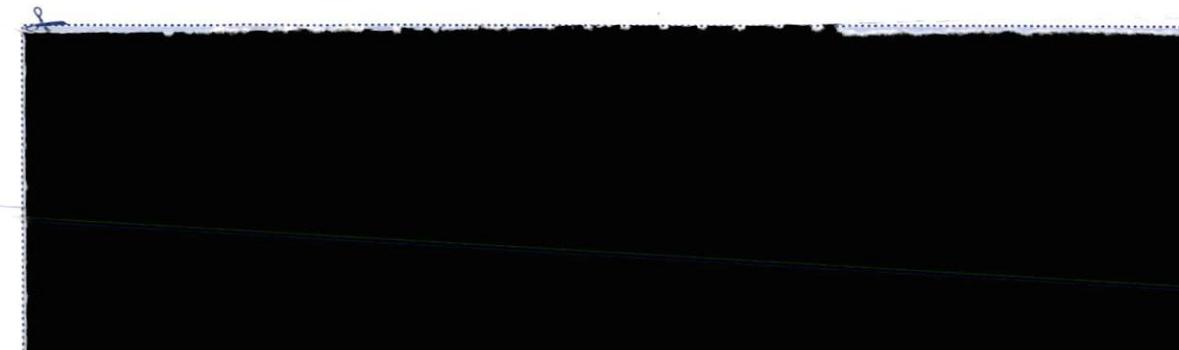
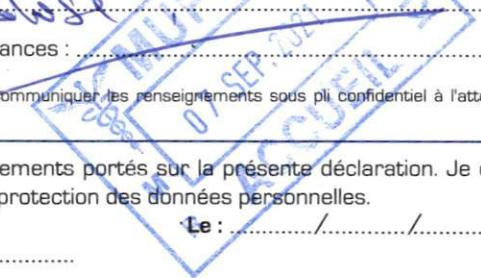
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
19/08/21	6	6	150DH	Dr B. Dermatologue Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HADJIA 550, Bd AL HADJIA ANJ CHOKE - CASABLANCA Tél. : 05 22 52 40 29	19.8.2021	322,82

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

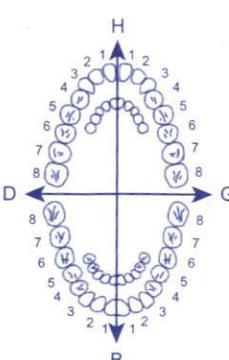
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan.

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

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 19 Aout 2021

ESSAGhir Moustapha



PHARMACIE LUMIERES
LA PARK 1000
950, Bd AL AÏN CHOKE
Tel. : 05 22 52 40 29
AIN CHOKE : CASABLANCA

1/ Sédatif en gélules 200 mg
D'apres l'avis du docteur
D'accord l'avis du docteur

2/ Régurgitation 228.00
D'accord l'avis du docteur

3/ D'apres l'avis du docteur 70.00
D'accord l'avis du docteur

4/ D'apres l'avis du docteur 24.20
D'accord l'avis du docteur

5/ D'accord l'avis du docteur 322.20
(tétine de bouteille)

6/ D'accord l'avis du docteur
D'accord l'avis du docteur



3 760095 252933

ACI 608477-0
BNK 3694-502
CN : 1881977
CNP : 6087825

R20B07/20059002
PROD: 02/2020
EXP: 02/2023

→ 1228,00

~~1228,00~~

SÉDACALM
CRÈME APASANTE

DIPROSONE® 0,05 % pommade

Bétaméthasone



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 %, pommade et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
3. Comment utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPROSONE 0,05 % ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations pratiques.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 % UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : DER.
D07AC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané unique. Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte. Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSONE 0,05 %, POMMADE ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 %, pommade dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6
- lésions ulcérées
- acné
- rosacée
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle..), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire
- application sur les paupières.

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

Avertissements et précautions.

Mode et voie d'administration

Voie cutanée.

Il est conseillé d'appliquer le produit en touches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Se laver les mains immédiatement après l'application (sauf si vous utilisez la pommade pour traiter vos mains).

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les applications et/ou en utilisant un corticoïde moins fort ou moins dose.

Respecter strictement l'ordonnance de votre médecin et ne pas prolonger le traitement.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade que vous n'auriez dû Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, pommade comme votre médecin vous l'a indiqué.

Si vous avez accidentellement appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade, que prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas mais évitez de le reproduire.

L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes locaux peut être à l'origine de manifestations d'hypertonie, incluant la maladie de Cushing.

Traitement : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

N'appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié d'appliquer.

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

En cas d'utilisation prolongée, il y a un risque d'amincissement et de fragilité de la peau, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures, poussée d'acné.

Des cas d'hypertrichose, de dépigmentation, d'infection secondaire en particulier en cas de traitement sous pansement occlusif, peuvent survenir.

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	625369	N° SEJOUR :	210024634	FACTURE N° 2102008659			DATE D'ENTREE :	13/08/2021	DATE DE SORTIE :	13/08/2021
ASSURE :							DESTINATAIRE :			
MALADE :	ESSAGHIR, Mustapha			UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	ESSAGHIR, Mustapha					
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1	TIERS PAYANT 2	PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPECIALISTE			Cs	1.00	150.00	150.00			0.00	150.00

Intervenant :	46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS				REINISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:
				RESTE DU:	150.00				
DATE FACTURE :	13/08/2021	EDITEE LE :	13/08/2021	PAR:	LAKHDA	ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA					N° DE POLICE :		DATE AT:		
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA			
				BANQUE :		BMCE - INARA			
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91			

