

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

- 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.

EX
13H7W

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3278

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENDOU RO MOUNA

Date de naissance :

1961/01/01

Adresse :

Tél. : 066 146 0 111 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726201

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
				INP : <input type="text"/>

HARMACIE DES JARDINS
EX
Cacher du Pharmacien
de du Fournisseur
Dr. JABOU Sama
Avenue Mohammed V, km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 483
INPE: 102068962

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA DES SAINS Dr. JABOUF S. KM 18 Avenue Monammeo CGI - Rabat Tél/Fax : 05 37 01 10 40 8.12.82 INPE: 102068962	8.12.82	53 Fr. Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H		G	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	25533412	21433552		MONTANTS DES SOINS []
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS []
	00000000	00000000		DATE DE L'EXECUTION []
	35533411	11433553		
	B			
	[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			

'pharmacie DES JARDINS

Sanaa Jabor

0537011040

Avenue Mohammed 6 km 18 CGI, RABAT



Facture N° FAC-129636

Date : 08/10/2022

BENDOURO MOUNA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
FUCIDINE PD 15G POMMADE DERMIQUE	1	39,70	39,70
HEXOMEDINE TRANSCUTANEE 0.15% 60ML USAGE EXTERNE	1	14,00	14,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	53,70 DHS
Total	53,70 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-trois DHS et
soixante-dix centimes**

PHARMACIE DES JARDIN,
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

فوبيسيس ٢%
مرح أنيوب من ١٥ غ

39,70

09/09/07



14,00

Néomale	
2 g	300 mg
100 g	15 g

protéines

s germes staphylocoques 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'œil.

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

- Ne pas utiliser la pommade sur les lésions saignantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES 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, alcool cétyle et butylhydroxytoluène.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSOLOGIE

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

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

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

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

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 SOUHAITES ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINS PERSONNES, ENTRAINER 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 à VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITE ET GÉNANT QUI NE SERA PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITÉ 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 À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué par  POLYMÉDIC sous licence Léo Pharma

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable