

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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 - Tel.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76 10 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-794407

AS6977

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07926	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NEFAS ES-SAID			
Date de naissance : 17/12/1956			
Adresse : MAZOLA . Rue 07. Immeuble 62. APT 06. H-H			
Tél. 06 62 02 90 44	Total des frais engagés : 559,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p style="text-align: center;">Dr Laila BENNOUSSI Médecine GIE Echographe Nutrition 7 RDC Rue 11 mly Thami Mazol. Casablanca Tel 05 22 93 31 72</p>			
Date de consultation : 03/04/2023			
Nom et prénom du malade : ANIS NAJIA Age : 60ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gingivite + Gastro			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>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.</i>			

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 : Casablanca Le : 03/04/2023
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
03/04/2023	C	150	150	091027102 Dr. Laila BENNOUNA Médecine Gé Echographe Nutrition RDC Rue 11 MILY Thami Mazzola Casablanca Tel: 05 22 93 31 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/04/2023	409,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT - MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلى بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغدية

تخسيس الوزن بالات متخصصة

Casablanca le : 03 / 04 / 2023 الدار البيضاء في :

- <u>Bispirazole</u>	<u>1up x 2 h</u>	<u>Anis Najaia</u>	<u>75,50</u>
- <u>Solbram</u>	<u>1up x 2 h</u>	<u>S.V.</u>	<u>30,00</u>
- <u>Smecta</u>	<u>1S' x 3 h</u>	<u>S.V.</u>	<u>52,40</u>
- <u>Belmazol</u>	<u>1gel x 1 j</u>	<u>S.V.</u>	<u>86,00 x 2 = 172,00</u>
- <u>Diprostone</u>	<u>1up x 2 h</u>	<u>S.V.</u>	<u>24,20</u>
- <u>Tobramex</u>	<u>1gt x 3 m</u>	<u>Dr Laila BENNOUNA Médecine Gén. Echographie Nutrition RDC Rue 11 mly Thami Mazola Casablanca Tel: 05 22 93 31 72</u>	<u>35,70</u>
			<u>409,80</u>

7. الطابق السادس، زقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : docteur.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053

PPV 75DH50
PER 01/23
LOT K149

PPV 30DH50
PER 03/25
LOT L1146

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

LOT : 22E028
EXP : 13/03/25

P.P.V : 52DH40



6 118000 011460

96,00

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

Fabricant : Sothema

LOT : 406
PER : SEP 2024
PPV : 24 DH 20



DIPROSONE® 0,05 % pommade

Bélaméthasone



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

• Vous pourriez avoir besoin de la relire.
Les questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.

Il 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 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 sur rubrique 4.

Notice ?

DIPROSONE 0,05 %, pommade et dans quels cas est-il utilisé ?

Informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 %.

DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

DIPROSONE 0,05 %, pommade éventuels ?

5. Comment conserver DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 %, pommade ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOÏDE (D, Dermatologie) - code ATC : DOTAC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il est préconisé dans certaines maladies de la peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut prescrire dans d'autres cas.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE 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

* fêlures ulcérées

* acne

* rosâsce

* 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 DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Mode et voie d'administration

Vote 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 dosé.

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'en aviez du

Si vous avez également appliqué comme votre médecin vous l'a indiquée.

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, pommade comme votre médecin vous l'a indiquée.

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'hypercorticisme, 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. QUELLES SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

En cas d'utilisation prolongée, il y a un risque d'amincéissement et de fragilité de la peau.

En cas d'utilisation prolongée, il y a un risque d'amincéissement et de fragilité de la peau.

Autres effets indésirables peuvent survenir (fréquence indéterminée) : vision floue.