

# 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.

## Pathologie 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.

## Reéducation :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0043603

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 4780 MUPRAS Société : RETRAITE  
☐ Actif ☐ Pensionné le 01 SEP. 2019 Autre :  
Nom & Prénom : KABED ALFELATIF  
Date de naissance : 05 ACCUELS  
Adresse : 16 RUE DE LA CITAH RUE MESKEULI 177  
ARRAH CABA  
Tél. : 06 60 53 66 17 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 : Le : 01/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b> P 14 / 55070		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0055070

DATE DE DEPOT  
/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 4740	
Nom & Prénom		KABED ABDELLATIF	
Fonction	Phones	0660536617	
Mail		abdelatifkbed23@gmail.com	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient ABDELLATIF		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	63 ans	Date 11/07/2019
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
DERMITE			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cs		309,00	
<b>PHARMACIE</b>	Date 11/07/19		
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

# Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

# الدكتورة مها بناني لاهلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : **11 juillet 2019** : الدار البيضاء، في :

**Mr. KABED ABDELLATIF**

**SEDASTERIL SPRAY**

matin et soir pour desinfecter les lesions

**AGIDERM POMMADE**

1f/j sur les lesions crouteuses

**compresse sterile 1 boite**

**URGODERM 10cm**

**1 rouleau.**

**Dr. BENNANI LAHLOU Maha**  
Dermatologue - Vénérologue  
Rés. du Palais, Imm. "E", 1er étage  
Rue Yasmine - Angle Rd. El Mansour - Ghandi  
et Yacoub El Mansour - Casa  
Tél.: 05 22 94 03 13

**PHARMACIE AL WOURROUD**  
67 Rue des Anes A Côté de  
l'Anglo T. Al Houar Beauséjour  
Tél: 05 22 36 87 30 - Casablanca  
Patente: 34008192

إقامة القصر، عمارة "E" الطابق الأول، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", 1er étage, Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

البريد الإلكتروني: Email - drmahabennani@gmail.com - الهاتف: 05 22 94 03 13 - Tél. :

I.C.E.: 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431

LOT: 251  
PER: 02/22  
PPV: 25,00

**AGIDERM<sup>®</sup>** pommade

Fusidate de sodium

**FORME ET PRESENTATION :**

Pommade 2 %, tube de 15 g.

**COMPOSITION :**

Fusidate de sodium.....20 mg.

Excipient qsp.....1g.

**PROPRIETES :**

Antibiotique dérivé du coccinum fusidium, très actif sur un nombre de Bactéries gram positif, staphylocoques qu'ils soient ou non résistants à la pénicilline, en plus de l'activité antimicrobienne prononcée contre la majorité des bactéries responsables des infections cutanées.

**INDICATIONS :**

L'Agiderm est indiqué dans le traitement des infections cutanées staphylococciques, streptococciques et celles causées par corynebacterium minutissimum et d'autres microorganismes sensibles.

**PRINCIPALES UTILISATIONS :**

Impetigo, furoncles, blessures infectées, hydradenite, folliculite, sycosis barbae, erythrasme et paronychi.

**EFFETS INDESIRABLES :**

Généralement AGIDERM est très bien toléré et dans de rares cas les signes des réactions d'hypersensibilité peuvent se produire ex : Rush cutané, piquûres légères et irritation.

**CONTRE INDICATIONS :**

- Allergie à l'acide fusidique et ses sels.
- Evitez le contact avec les yeux.
- En cas d'allaitement ne pas appliquer sur le sein.

**EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :**

Lanoline.

**MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE :**

Utilisation externe seulement.

Application locale 2 à 3 fois par jour pendant une semaine sur la surface infectée.

**CONDITIONS DE CONSERVATION :**

Conserver à une température ambiante n'excédant pas 25°.

Liste I (Tableau A)





# SEDASTERIL

89,00

**SPRAY**  
**ANTISEPTIQUE\***  
**INCOLORE**

## INGRÉDIENTS :

Aqua, Chlorhexidine digluconate (CAS 18472-51-0) : 0,36% (m/m).

Produit destiné à l'hygiène humaine. Liquide.

\* Effet bactéricide sur *pseudomonas aeruginosa* et *escherichia coli* selon la norme NF EN 1276.

Et sur *staphylococcus aureus* selon la norme NF EN 1040.

Le spray antiseptique\* SEDASTERIL est non irritant, il permet de nettoyer la peau sans douleur et vous assure une parfaite hygiène cutanée.

## CONSEILS D'UTILISATION :

- Appliquez localement le spray (1 à 2 pulvérisations), directement sur la peau saine ou à l'aide d'une compresse stérile.
- Action bactéricide\* en 5 minutes de contact.
- Ne pas dépasser 3 applications par jour.
- Usage externe

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Tenir hors de portée des enfants.
- En cas de contact avec les yeux, rincer immédiatement et abondamment avec de l'eau et consulter un spécialiste.
- Ne pas utiliser en cas d'antécédent d'allergie à l'un des composants.
- Ne pas cumuler plusieurs antiseptiques.
- Conserver le récipient fermé.
- Utiliser avec précaution chez le nouveau-né, en particulier chez les prématurés.

## PRESENTATION :

- Flacon de 100 ml

LABORATOIRES JUVA SANTE  
8, Rue CHRISTOPHE COLOMB, 75008 PARIS  
FRANCE