

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :
Matricule :	4700	Autre :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : L'ABED YOUSSEF		
Date de naissance : 01/01/1986		
Adresse : 16 RUE ALLAL BEN ABDELLAH QUARTIER DE L'ORLOGE CASABLANCA		
Tél. : 06 60 86 617 Total des frais engagés : .....		

## 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 : 09.10.2019

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient		
 DROITE      11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 19 20 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 HAUT BAS						
					<b>Coefficient des travaux</b>	
					<b>Montant des soins</b>	
					<b>Début d'exécution</b>	
					<b>Fin d'exécution</b>	
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				
 DROITE      11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 19 20 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 HAUT BAS		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
					<b>Coefficient des travaux</b>	
					<b>Montant des soins</b>	
					<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				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 4740		
Nom & Prénom : KABED ABDELLATIF				
Fonction : retraité	Phones : 0660536617	Signature de l'adhérent		
Mail : abdellatif_kaled_23@gmail.com				
MEDECIN	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 : DERMITÉ				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
CS		300,00		
PHARMACIE	Date : 11/07/19			
Montant de la facture	PHARMACIE AL WOURUD 160,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : CACHET				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : CACHET				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

# 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 لحلو

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

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

## Mr. KABED ABDELLATIF

### SEDASTERIL SPRAY

matin et soir pour désinfecter les lésions

### AGIDERM POMMADE

1f/j sur les lésions crouteuses

### compresse stérile 1 boîte

### URGODERM 10cm

1 rouleau.

PHARMACIE AL WOURoud  
67, Rue Yasmine - Casablanca  
Tél: 05 22 94 03 13  
Patiente: 31808792

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

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

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

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

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

# AGIDERM® pommade

Fusidate de sodium

25,00

## FORME ET PRÉSENTATION :

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, hydadenite, 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 : Rash cutané, piqûres 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)

Fabriqué sous licence de Philadelphia  
Pharmaceuticals par le Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA

221 00 21  
LOT PER  
Prix 89,00

# 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