

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-521818

**Maladie**     **Dentaire**     **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23117**

Matricule : **10170**    Société : .....

Actif     Pensionné(e)     Autre : .....

Nom & Prénom : **MOSLEH RABIA**

Date de naissance : **120 Rue Mimouze Beauséjour Ass**

Adresse : **le 23/11/1964**

Tél. **0672609398**    Total des frais engagés : **712,50**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN DENTOPROTHESISTE  
TRAUMATOLOGUE  
511, Bd. Al Qods, Rés. Al Qods  
Canton de RDC Appl. 1 & 2, Casablanca  
Tél: 0522 55 32 30-Gsm: 06 61 3 08 32  
INP: 007037200**

Date de consultation : **12.02.2020**

Nom et prénom du malade : **MOSLEH RABIA**    Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : **polyarthralgie**

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Ass**    Le : **12/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Mosleh Rabia**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-521818

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 : .....



Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SYNTHEMEDIC  
22 rue soussier bnoy al souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boîte 14  
64175DMP/21NRQ P.P.V. 142,10 DH  
118001 020607

PPV: 126,30 DH  
LOT: 614251  
PER: 10/20

مدة: PPV:  
EXP: EXP:  
الفاصل: Lot N°:

47,80

(ستراسبورغ)

ZENITH Pharma  
AMMN°4711/5DMP/21NNPR

able

Casablanca le

12.02.2020

6 118001 272223

MEC

PPV: 20,80 DH

ne D

M<sup>me</sup> Moslitt RABIA

20.90x3

1/ VITAMINE B 200,000 BON

1 ampoule / 2 semaines

12630

2/ AUGMENTIN 1250 GOUTTES

1 - 0 - 1 x 12 jours

fermer  
Avril

DAZEN 100,000

2 - 0 - 2 x 12 jours

Juin

47,80

66,80

3/ FLAMMAMINE

(2 Boites)

142,10

5/ INEXIUM 40

512,50

Docteur Nab HATTOMA  
CHIR. UROLOGIE GYN. OPÉDISTE  
GUE  
511, Bd. A. G. ...  
INPE: 0522 52 52 10

PHARMACIE AL AMANA  
Mme. ALAMI SCHMIDT  
Docteur en Pharmacie  
Casablanca - Tel: 05 22 52 52 10

Docteur Nab HATTOMA  
CHIR. UROLOGIE GYN. OPÉDISTE  
GUE  
511, Bd. A. G. ...  
INPE: 0522 52 52 10

**VITAMIN  
200 00**

ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Excipient: trioléicid

- Veuillez lire attentivement le prospectus.
- Gardez cette notice à portée de main.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date d'expiration indiquée sur la boîte.
- Si l'un des effets secondaires mentionnés dans cette notice est plus sévère ou persistant, consultez votre pharmacien.

**IDENTIFICATION**  
 Composition qualitative  
 Sulfadiazine Argentine  
 Excipients : ...  
 EXCIPIENT A EFFET  
 Alcool cétyle  
 Forme pharmaceutique  
 Crème  
 Tube de 50 g.  
**DANS QUELS CAS**  
 Ce médicament est contre-indiqué en cas de prévalence de la maladie infectieuse de la plaie.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**POSOLOGIE :**  
 Veuillez suivre rigoureusement ces instructions, à moins que votre médecin vous en ait donné d'autres. En cas d'incertitude, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien. Si aucune amélioration n'apparaît après 7 jours de traitement, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**FLAMMAZINE®**  
 Crème



LOT / BATCH: 15696  
 FAB / MFR: 07-2019  
 EXP: 06-2022



PPV: 66.80 DH

de prendre ce médicament.

ndez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Consultez votre pharmacien en cas de symptômes persistants ou si les symptômes s'aggravent. Consultez votre médecin en cas de symptômes persistants ou si les symptômes s'aggravent.

Lors d'un traitement de longue durée ou si la surface traitée est grande, un contrôle régulier par votre médecin est souhaitable. Un contrôle régulier par votre médecin s'impose en cas de diminution grave du fonctionnement des reins ou du foie. Une hypersensibilité croisée avec les autres sulfamides pourrait se produire. La prudence est de rigueur chez les patients avec une déficience en glucose - 6 - phosphate déshydrogénase (G6PD) connue ou suspectée, étant donné qu'une hémolyse (= une destruction des globules rouges) pourra se développer. Si la crème appliquée est éliminée à la suite d'un bain, d'une douche ou de toute autre activité, nettoyez à nouveau soigneusement la plaie et procédez à une nouvelle application. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

L'application simultanée d'autres produits sur la plaie est déconseillée. Signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Veuillez lire attentivement le prospectus.
- Gardez cette notice à portée de main.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé au-delà de la date d'expiration indiquée sur la boîte.
- Si l'un des effets secondaires mentionnés dans cette notice est plus sévère ou persistant, consultez votre pharmacien.

**IDENTIFICATION**  
 Composition qualitative  
 Sulfadiazine Argentine  
 Excipients : ...  
 EXCIPIENT A EFFET  
 Alcool cétyle  
 Forme pharmaceutique  
 Crème  
 Tube de 50 g.  
**DANS QUELS CAS**  
 Ce médicament est contre-indiqué en cas de prévalence de la maladie infectieuse de la plaie.

**COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

**POSOLOGIE :**  
 Veuillez suivre rigoureusement ces instructions, à moins que votre médecin vous en ait donné d'autres. En cas d'incertitude, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien. Si aucune amélioration n'apparaît après 7 jours de traitement, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**FLAMMAZINE®**  
 Crème



LOT / BATCH: 15696  
 FAB / MFR: 07-2019  
 EXP: 06-2022



PPV: 66.80 DH

de prendre ce médicament.

andez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Consultez votre pharmacien en cas de symptômes persistants ou si vous avez des questions. Gardez cette notice à portée de main.

ez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

Lors d'un traitement de longue durée ou si la surface traitée est grande, un contrôle régulier par votre médecin est souhaitable. Un contrôle régulier par votre médecin s'impose en cas de diminution grave du fonctionnement des reins ou du foie. Une hypersensibilité croisée avec les autres sulfamides pourrait se produire. La prudence est de rigueur chez les patients avec une déficience en glucose - 6 - phosphate déshydrogénase (G6PD) connue ou suspectée, étant donné qu'une hémolyse (= une destruction des globules rouges) pourra se développer. Si la crème appliquée est éliminée à la suite d'un bain, d'une douche ou de toute autre activité, nettoyez à nouveau soigneusement la plaie et procédez à une nouvelle application. EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

L'application simultanée d'autres produits sur la plaie est déconseillée.

SIGNALER SYSTEMATIQUÉMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT CONCERNANT VOTRE MÉDICIN OU VOTRE PHARMACIEN.