

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0035189

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

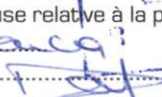
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8499 Société : RAM Hand
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bannadi Driss 164033
Date de naissance : 03/12/1963
Adresse : Rca Al Boustane 14 mb 6 Ap 20
Benmoussi Casablanca
Tél : 013856914 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 21/03/23
Nom et prénom du malade : BOUHAMM HIBA Age: 16ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Grippe Huchat
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie
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 : Casablanca ALCOULE Le : 6 / 6 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : 

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
27/03/2023				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet: Pharmacie Actuelle Dr. Mouna Louafi]</i>	27/03/2023	235,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 00000000 00000000 35533411 G 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



Le 24/03/2023 في

Barthaud HISA

39,70
1) Fucidine cream (100g)

191 x 2

LOT : 22037
PER : 10/25
PPV : 100000



10,00
2) Anelomine (100g)

PHARMACIE ACTUELLE
Dr. MOUNA LOUAFI
Docteur en Pharmacie
Al Boustane 2 Imm 13, MAG 5 et 6
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 0522 315 36

191 x 2

ADDAX (100g)

ADDAX
EXPERT

ated cream
with CPP*

EMULSION REPARATRICE
LOT : PF2801015
EXP : 12/2025
PPC : 187.00DH

191 x 2

Fucidine® 2% pommade



Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

♦ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centésimale	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Excipients : alcool cétylique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.

FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines

(D : Dermatologie).

♦ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique.

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylocoques et streptocoques.

♦ ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

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 SPECIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRECAUTIONS 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 suintantes 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

EN CAS 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 TOUJOURS 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 cétylique, et butylhydroxytoluène.

♦ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSOLOGIE

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

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Éviter 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.

DURÉE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

♦ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma 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 les personnes âgées, il est possible que :

SIGNALER À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT :

♦ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT

PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

♦ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDRE

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTE À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

phalé au niveau du foie ne peut être exclue.
I MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.