

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 - Bâtiment Alphonse Daudet - 20000 Casablanca - Maroc - Tél: +212 524 800 000 - Fax: +212 524 800 001 - E-mail: info@mupras.com - Site: www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11365**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENZAIDOUNE ANASS**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667907864**

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 communiqué 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) :



## 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'ODP.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
 <b>DROITE</b> 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 <b>GAUCHE</b> 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 <b>HAUT</b> 13 14 15 16 17 18 <b>BAS</b> 46 47 48 49 45 46 45 44 43 42 41 31 32					<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>										
					<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>										
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>										
 <b>DROITE</b> 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 <b>GAUCHE</b> 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 <b>HAUT</b> 13 14 15 16 17 18 <b>BAS</b> 46 47 48 49 45 46 45 44 43 42 41 31 32		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td rowspan="4">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			D	25533412	21433552	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
D	25533412	21433552	G												
	00000000	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>										
					<b>Fin de</b> <input type="text"/>										
<b>VOLET ADHERENT</b> <b>DECLARATION N°</b>		<b>NOM :</b> ..... <b>W18-339921</b>			<b>Mle</b>										
Date de Dépôt <input type="text"/>		Montant engagé <input type="text"/>		Nbre de pièces Jointes <input type="text"/>											
<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															



W18-33992

**DATE DE DEPOT**

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom <b>BENZAIDOUNE ANASS</b>			
Fonction : <b>chef d'escadre</b>		Phones.....	
Mail .....			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>EL BADDI</b> : <b>an: 01-21</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie .....		Date <b>7 JAN 2019</b>	
Date 1ère visite .....			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>en</i>			<i>200.00</i>
<b>PHARMACIE</b>	Date <b>17/09/2019</b>		
Montant de la facture		<i>36,00</i>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
.....		.....	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
.....	.....	.....	.....

Dr. Nejmeddine SLIMANI  
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR  
SPECIALISTE

Titulaire du C.E.S.

d'Obstétrique et de Gynécologie  
de la Faculté de Médecine de Reims (France)

Stérilité - Echographie - Maladies des seins  
Chirurgie Gynécologique

20, Rue Chenier - Place 16 Novembre

Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

CASABLANCA

الدكتور نجم الدين سليماني  
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ببرامس (فرنسا)

الجراحة النسائية - العقم

الفحص بالأشعة فوق الصوتية

أمراض الثدي

20 زنقة شوتني - ساحة 16 نونبر

الهاتف: 00 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

الدار البيضاء

Casablanca, le ..... 17 JAN. 2019

EL BASSORIA BIENNE

Problème - Non ✗

2 ♂ 10 - 2 T

✗ 3 →

36,00

Confirme Dr

2 - 2 -

✓

T = 36,00

Dr. N. SLIMANI  
Gynécologue - Accoucheur  
20, Bd. Ba Hmam Belvédère - Casablanca  
Tél : 0522 29 50 32 / 0522 22 36 00

PHARMACIE BA HMAD  
Mme. ENNAJ Charafa  
22, Bd. Ba Hmam Belvédère - Casablanca  
Tél : 0522 24 75 39 - INPE : 092013085



# Canesten® 1%

Canesten®

Lot : 36,00  
PER :  
P.R.V. :

maceutiques

de 20 g de crème pour  
de 30 g de crème pour  
on de 20 ml de solution



Crème  
10 g

qualitative

crème contient 0,01 g de clotrimazole.

Excipients : Alcool benzyllique, Alcool cétostéarylique, Cétylpalmitate, Polysorbate 60, Stéarate de sorbitan, Octyldodecanol.

Canesten® solution 1% : 1 ml de solution contient 0,01g de Clotrimazole.

Excipients : Macrogol 400.

## Classe Pharmaco-thérapeutique

Le clotrimazole est un antifongique à large spectre d'action, appartenant aux dérivés imidazolés.

## Indications

Dermatomycoses dues aux dermatophytes, levures ou moisissures telles que :

- Les mycoses du pied et de la main (tinea pedum, tinea manuum),
- Les mycoses des surfaces et des plis cutanés (tinea corporis, tinea inguinalis),
- Pityriasis versicolor,
- Erythrasma.

Canesten® crème 1% est en plus indiquée dans :

- Les infections des lèvres vaginales, vulvite candidosique,
- L'inflammation du gland et du prépuce chez le partenaire sexuel due à des levures, exemple balanite candidosique.

## Posologie et Mode d'administration

Applications par jour. Un ruban d'un 1/2 cm de long de crème ou quelques gouttes de solution sont suffisants pour traiter une surface de la taille de la partie habituelle du traitement est la suivante :

les : 3-4 semaines

les : 2-4 semaines

58118579  
27.7.2003