

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 | : 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2956	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Meftouh Rachida			
Date de naissance :	19/11/55	Adresse :	MaBtuelle
Tél. :	0661187121	Total des frais engagés :	100 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	10 OCT 2019		
Nom et prénom du malade :	MAFTOUH RACHIDA		
Lien de parenté :	Lui-même		
Nature de la maladie :	Affection		
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) :			
ACCUEILLI			
Le 10 OCT 2019			

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) :

RELEVE 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
14 OCT 2019	6	1	3000	INP : 0910921618 DR SAMIA M DERNAOURA 17/08/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MINI-MAR Hind LAKHOUNI Docteur SAID Pharmacie 400, Route d'El Jadida 022 5835.57.52 C22.98.21.0	11/10/19	408,30

ANALYSES - RADIographies

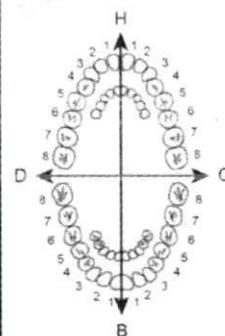
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

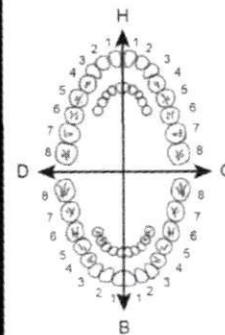
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

AUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermatologie Esthétique

Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI

DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française de Dermatologie

الدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية

في أمراض و جراحة الجلد

Le 04/10/2009

MX maf tout
Rallie da

87,30

1) DERMOFIX Creve

lesin

1 mm 5

2) LOCREYL Soluti

appliquer 1fz/semme

T, 408 1fz acm

DR SAMIRA MANSOURI
DERMATOLOGUE
CLINIQUE
IBNOU NAFISS

DERMOFIX® Crème Sertaconazole

Composition :

Sertaconazole nitrate

Excipients (dont E218 & Acide sorbique)

Propriétés :

Le Sertaconazole est un anti-mycosique à usage topique. Son spectre
- levures pathogènes (*Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. spp.*, *Pityrosporum*)
- dermatopigments (trichophyton, *Epidermophyton* et *Microsporum*)
- champignons opportunistes filamenteux (*Aspergillus*)
- germes résistants à d'autres anti-mycosiques
- bactéries gram+ (Staphylocoques et Streptocoques)

Indications thérapeutiques :

Traitements topiques des mycoses superficielles de la peau telles que derme d'athlète), Tinea cruris (Eczéma marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès) et Tinea manus, Candidoses (Miniliose) et Pityriasis versicolor

Effets indésirables :

Le Sertaconazole présente une innocuité totale et une excellente tolérance. La réaction de photosensibilité n'a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir n'entrant jamais la suspension du traitement.

Conditions particulières d'emploi :

Dermofix ne convient pas à l'usage ophtalmique.

Après l'application dermique de grandes quantités, on ne détecte pas de ni son innocuité n'a pas été démontrée chez le nouveau-né et chez la femme.

Posologie usuelle, voie et mode d'administration :

Voie topique.

Appliquer la crème une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (régulièrement, en essayant de couvrir 1 cm² de peau saine (environ) autour). La durée du traitement varie d'un patient à l'autre en fonction de l'agent de l'infection.

En général, on recommande quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et microbiologique complète et d'éviter ainsi toute récidive, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître entre deux et quatre semaines de traitement.

Pityriasis versicolor : 2 semaines

Dermatophytose : 2 à 4 semaines

Candidose : 2 à 4 semaines

Formes et autres présentations :

Dermofix® crème 2% tube de 30 g

Dermofix® poudre flacon de 30 g

Dermofix® Solution 2% flacon de 30 ml

Dermofix® Gel 2% flacon de 50 g

Dermofix® Gel 2% flacon de 100 g

Gyno-dermofix® 300 mg boîte de 1 ovule.

Liste I (Tableau A)

Dermofix® crème
Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.

6 118000 240259

à la vente ou de

101 180.3
04722
€ 18.3

87,00

Loceryl®

amorolfine 5%

VERNIS A ONGLES MEDICAMENTEUX

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux

Façon de 2,5 ml

AMM N° 07 DMP/21/NCN

PPV:321,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070381

LOCERYL 5 POUR CENT, vernis à ongles médicamenteux Amorolfine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.