

# 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039890

ND: 28803  
☐ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4828 Société : .....

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

Nom & Prénom : CHAKIB M. W. ....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0668453439 Total des frais engagés : ..... Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 16 MARS 2020

Nom et prénom du malade : HALIME F. .... Age : 58 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bouda ep d j p hette

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 039890

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4828

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16 MARS 2020		G <sub>s</sub> Kg	200,- 50,- <u>300,-</u>	Dr. A. St

[illegible]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

VOLET ADHERENT

08858-21534

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

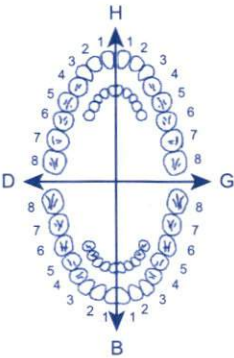
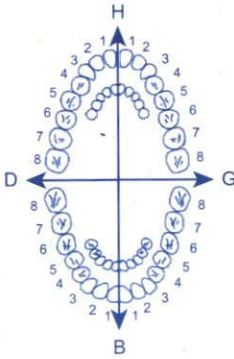
300 + 19,40

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

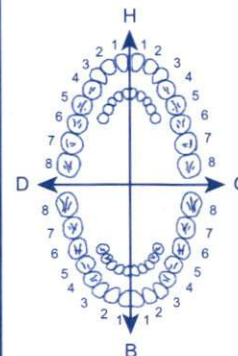
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

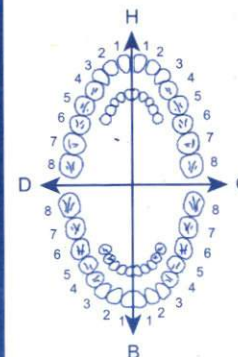
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION



	H		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>	
	D	B	G		
	25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000 35533411    11433553			MONTANTS DES SOINS	<div></div>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS	<div></div>
				DATE DE L'EXECUTION	<div></div>



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. ABDELHAK OUGHRIS

Spécialiste en  
Oto - Rhino - Laryngologie  
et Chirurgie  
Cervico - Faciale

Diplômé en Allergologie  
et Immunologie Clinique



الدكتور عبد الحق أوغريس

اختصاصي في  
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة  
وجراحة  
الوجه، والعنق

حائز على دبلوم أمراض  
الحساسية والمناعة السريرية

Casablanca, le : 16 / 03 / 2020 : الدار البيضاء، في :

### PLI CONFIDENTIEL

NOM :

HALIME.

PRENOM :

Fouzia

DIAGNOSTIC :

Rancho epidermique.

ACTE :

Lavage Aspiratoire

(K5)

Dr. Abdelhak OUGHRIS  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
47, Rue 39, Bloc 61, Mansour 3  
Sidi Bernoussi - Casablanca

CABINET AL HAMD D'O.R.L ET D'ALLERGOLOGIE

47, زنقة 39، بلوك 61، منصور 3، الطابق الأول، سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - 05 22 75 92 48

47, Rue 39, Bloc 61, Mansour 3, 1er Etage, Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél : 05 22 75 92 48

**D. ABDELHAK OUGHRIS**

Spécialiste en  
Oto - Rhino - Laryngologie  
et Chirurgie  
Cervico - Maxillo - Faciale

Diplômé en Allergologie  
et Immunologie Clinique



**الدكتور عبد الحق أوغريس**

إختصاصي في  
أمراض الأذن ، الأنف ، الحنجرة  
وجراحة  
الوجه ، الفك ، و العنق

حائز على دبلوم أمراض  
الحساسية و المناعة السريرية

Casablanca, le : ..... **16 MARS 2020** في الدار البيضاء،

**N° HALIME FEUZIÀ**

19.40 **SV**  
**Antibio Synder**  
2 fl 1 j

Pharmacie KASSADI  
20, Rue 39, Bloc 61, Mansour 3, 1<sup>er</sup> étage, Sidi Bernoussi  
Tél: 0522 75 43 00

**CABINET AL HAMD D'O.R.L ET D'ALLERGOLOGIE**

47, زنقة 39، بلوك 61، منصور 3، الطابق الأول، سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
47, Rue 39, Bloc 61, Mansour 3, 1<sup>er</sup> étage, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél. : 0522 75 92 48



# ANTIBIO-SYNALAR

## Gouttes auriculaires

### Flacon de 10 ml

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si les symptômes persistent, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

**ANTIBIO SYNALAR**

#### COMPOSITION DU MEDICAMENT :

##### Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétonide de fluocinolone	1 000 000 UI
Sulfate de polymyxine B	350 000 UI
Sulfate de néomycine	350 000 UI

Pour 100 ml de solution.

**Excipients:** Nitrate de phénylmercure, acide citrique monohydraté, propylène glycol, eau purifiée.

**Excipient à effet notoire:** Phénylmercure

#### FORME PHARMACEUTIQUE:

Solution pour instillation auriculaire. Flacon de 10 ml avec compte-gouttes.

#### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE:

Ce médicament est une association d'un anti-inflammatoire stéroïdien (fluocinolone) et de deux antibiotiques (néomycine et polymyxine B). La néomycine est un antibiotique de la famille des aminosides. La polymyxine B est un antibiotique de la famille des polypeptides.

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans le traitement local de certaines otites.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

##### Posologie:

A titre indicatif, la posologie usuelle est la suivante:

Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir.

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

##### Mode et voie d'administration:

Voie locale.

Instillation auriculaire.

Il est recommandé de ne pas utiliser la solution sous pression.

Tiédifier le flacon au moment de l'emploi en le maintenant quelques minutes dans la paume de la main afin d'éviter le contact désagréable de la solution froide dans l'oreille.

#### Pour mettre les gouttes dans une oreille et faire un bain d'oreille:

• Il faut d'abord pencher la tête du côté opposé à l'oreille atteinte pour que l'oreille atteinte se trouve en haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que les gouttes coulent bien dans le fond de l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes en gardant la tête ainsi penchée.

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu; il faut alors essuyer avec un papier absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de l'efficacité de votre traitement: en effet, il faut garder suffisamment longtemps la tête penchée pour permettre une bonne pénétration du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer une perte du médicament car les gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le fond de l'oreille; ceci expose alors à une moindre efficacité du traitement.

Refermez le flacon immédiatement après usage.

A la fin du traitement, le reste du flacon doit être jeté et ne pas être conservé en vue d'une réutilisation.

#### Fréquence d'administration:

Deux administrations par jour: une administration de gouttes le matin et une administration de gouttes le soir.

#### Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.