

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 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

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° W19-539832

ND: 28435 conseil

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3551 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bougrine Hamane Veru Benayada

Date de naissance : 30/11/70

Adresse : Cayla

Tél. : 0666/23353 Total des frais engagés : 310/201 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hanae BOUZIDI
DERMATOLOGUE
Résid. Achark Bd. Méd. Belakhdar
2ème Etage, Appt. 6
OUDJAS Tél: 05 36 70 70 52
INPE: 081172843

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benayada Aya Age: 16/4/2005

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : 13 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-539832

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11.06	CS	200,00		INF: 08172843

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2020	118,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Batch :/Mfg.Date/Exp:

JAB6J00
02-2019
01-2021

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant

ti
e,



الدكتورة هناء بوزيدي

اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر
- دبلوم العلاج بالليزر و الطب التجميلي (جامعة ليل)
- الأمراض الجلدية للأطفال (جامعة نيس)
- الأعراض الجلدية للأمراض الباطنية (جامعة مونبوليي)

Oujda, le

11/06/2020

BENAYADA AYA

34,70

• **Skinosalic - lotion**

1 app/j sur Cuir Chevelu 10 jours



84,20

• **KETODERM 2%, gel en sachet**

1 app 2 fois par semaine pdt 1 mois puis 1 fois par semaine
pdt 2 mois, laisser agir 15 mn puis rincer pour cuir chevelu



118,90

Dr. Hana BOUZIDI
DERMATOLOGUE
Résidence Achark, Bd. Med. Belakhdar
2ème étage, Appt. 6
Tél: 05 36 70 70 52
E: 081172843

PHARMACIE KACHDI
KACHDI Nassreddine
Lot. IRIS, Bd. OUM KASSABIE
Tél: 0536 50 56 50 - Oujda



Skinosalic®

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g
Lotion : Flacon de 30g

Composition :

	SKINOSALIC® Pommade	Lotion
Bétaméthasone (DCI) dipropionate exprimé en		
bétaméthasone.....	0,05g	0,05g
Acide salicylique.....	3,00g	2,00g
Excipients q.s.p.....	100,00g	100,00g

Propriétés :

- Skinosalic associe dans sa formule, un dermo-corticostéroïde d'activité forte (classe II) : Le Bétaméthasone et un kératolytique : l'acide salicylique.

Indications :

Dermatoses corticosensibles à composante kératosique ou squameuse :

- lichénification
- psoriasis
- lichen
- dermite séborrhéique à l'exception du visage.
- la forme lotion adaptée plus particulièrement au traitement des affections du cuir chevelu, des régions pileuses et des plis.

Contre indications :

- Infections bactériennes, virales, fongiques, primitives et parasitaires, même si elles comportent une composante inflammatoire.
- Lésions ulcérées
- Acné et rosacée
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.
- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.
- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.
- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.
- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.
- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.
- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.
- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

Posologie et mode d'emploi :

- Etaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.
- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raie par raie, en dépassant largement la surface à traiter.
- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

A20530 Fleximat

LOT : 9012
UT. AV : 03-23
P.P.V : 34 DH 70