

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

39015

Déclaration de Maladie : N° S19-0003097

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 74.06 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUAL Fatima Date de naissance : 13/07/65

Adresse :

14 lot Aleksandra fidi Hassan

Tél. : 06 61 30 54 84 Total des frais engagés : 31.76 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 :

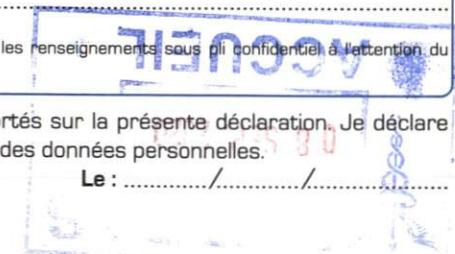
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBN TAFIHA FOULOUS Dokleur en Pla 119 lot Al Adarissa Sidi Marrakech +212 33 52 25 1000	20/01/2014	31.70

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

PHD MICROBIOLOGIE
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 07/09/2020

FACTURE N°251322

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

SOUAL FATIMA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	BAYCUTENE CREME	22,70	0,00	22,70	22,70		22,70	1,49	7,00
1	CRISTAL SUPPO ADULTES	9,00	0,00	9,00	9,00		9,00	0,59	7,00

صيدلية ابن تيمية
PHARMACIE IBN TAIMIA
FOULOIS
Docteur en Pharmacie
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf
Tél 0522 33 52 25 Casablanca

DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	31,70
Nombre d'Articles : 2	TVA 7% Base :	29,71	Montant :	2,08	TVA 20% Base :	Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Trente Un dirhams et 70 centimes.

CRISTAL®

Suppositoires

(DCI : Glycerol)

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 pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à une personne ayant des 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.

LOT : 2000034
PER : 01-23
PPV : 9,00 DH

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION :

Suppositoires en boîte de 10.

COMPOSITION :

	Adulte	Enfant	Nourrisson
Principe actif : Glycerol	2,100 g	1,290 g	0,690 g
Excipients :			q.s.p. 1 suppositoire

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

AUTRES LAXATIFS

(A : Appareil digestif et métabolisme).

INDICATIONS :

Ce médicament est utilisé dans certaines constipations et comme préparation à certains examens (rectoscopie).

CONTRE-INDICATIONS :

N'utilisez jamais CRISTAL®, suppositoire dans les cas suivants :

- Allergie (hypersensibilité) au glycerol ou à l'un des autres composants.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Faites attention avec CRISTAL®, suppositoire :

- Si vous avez, ou votre enfant, une maladie des intestins appelée rectocolite hémorragique ;
- Si vous souffrez, ou votre enfant, au niveau de l'anus (fissure anale, crise hémorroïdaire).

Dans ces situations, il est préférable d'éviter l'utilisation de ce médicament.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS :

Prise ou utilisation d'autres médicaments :

Veuillez indiquer à votre médecin ou à votre pharmacien si vous ou votre enfant prenez ou vous avez pris récemment un autre médicament, même s'il s'agit d'un médicament obtenu sans ordonnance.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

En l'absence de données cliniques chez la femme enceinte ou allaitante, il est préférable de ne pas prendre ce médicament.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

COMMENT PRENDRE CRISTAL® suppositoires ?

Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement

Voie rectale.

Le suppositoire doit être introduit au niveau de l'anus.

Si besoin, le suppositoire peut être trempé dans l'eau froide pour faciliter l'introduction.

Adultes :

La dose habituelle est de 1 suppositoire 5 à 30 minutes avant l'heure choisie pour aller à la selle, à renouveler 1 fois dans la demi-heure ou l'heure qui suit si vous êtes toujours constipé(e).

Enfants :

- Enfants de 2 à 6 ans : la dose habituelle est de 1 suppositoire 5 à 30 minutes avant l'heure choisie pour aller à la selle.

Enfants de plus de 6 ans : la dose habituelle est de 1 suppositoire 5 à 30 minutes avant l'heure choisie pour aller à la



Baycutène® N

Crème

LOT :

PER : 15 g

PPV : 2023

Boîte de 15 g de crème pour application locale.

Baycutène® N, crème pour application locale.

100 g de crème contient 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de déexaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylque, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.

Classe Pharmaco-thérapeutique

Association d'un corticostéroïde et d'un antifongique imidazolé à large spectre d'action.

Anti-eczémateux.

Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylque ou à l'un des autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
- Varicelle
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péréibuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczème atopique,
- Durant le premier trimestre de la grossesse.

Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez les nourrissons, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des surfaces cutanées étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.