

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

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

Nº W19-445233

40058

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	08327	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
EL KIHEL FOUAD			
Date de naissance :			
20/11/1962			
Adresse :			
RES SIESTA BEATCH RESORT GHONIS MOHAMMEDIA			
Tél. :	0661397225	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	23/07/2020
Nom et prénom du malade :	M. EL KIHEL Fouad
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection ORL
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	15 SEP. 2020
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 :	NoHAMMEDIA
Signature de l'adhérent(e) :	
Le : 13/09/2020	



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
23/7/2006	CS		250,00	INP : 11111111111111111111111111111111
	K10		100,00	
	facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Mission</i> <i>1962 N° 11</i>	<i>28/10/62</i>	<i>195,00</i>

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
		AM	PC	IM	IV	

BELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	D 00000000 35533411	B 11433553		MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touriya BENNIS

Diplômée de la Faculté de Médecine de TOULOUSE

Expert Assermentée près les Tribunaux

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles

Chirurgie de la Face et du Cou

Surdité - Vertige



الدكتورة ثريا بنيس

خريجة كلية الطب تولوز

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في أمراض الرأس

الأذن - الأنف - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

23-07-2020

M. EL KIHEL Fouad

19/05/2020
Antibiosyndrome

I get 3 x 10g ec.

19/05/2020

DR. TOURIYA BENNIS
Chirurgie de la Face et du Cou
Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Expert Assermentée près les Tribunaux

PHARMACIE YASMINA
136, Av Hassan II Lot SIDI
Tel: 05.23.30.56.39
Mohammmedia

21، شارع الجيش الملكي - الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية الهاتف : 05 23 32 53 30

21, Avenue des F.A.R., 2ème Etage N° 20 MOHAMMEDIA - Tél.: 05 23 32 53 30

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 ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourrez 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.

COMPOSITION DU MEDICAMENT :

Composition qualitative et quantitative en substances actives:

Acétonide de fluocinolone	0,025 g
Sulfate de polymyxine B	1 000 000 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 notable: 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:

À 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.

Tièdir 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 haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreille atteinte.

• Tirer à différentes reprises sur le pavillon de l'oreille pour que le l'oreille.

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

• Lorsque vous relevez la tête, les gouttes peuvent ressortir un peu absorbant qui n'a pas besoin d'être stérile.

Il est important de bien suivre cette recommandation car il en va de la efficacité du médicament dans l'oreille. Redresser trop tôt la tête va provoquer des gouttes couleront le long de votre visage et n'iront pas dans le 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.

Fréquence d'administration:

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

Durée de traitement:

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement à la dose prescrite par votre médecin ou l'aurra conseillé.

La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guérie.

La fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection et il faut suspendre votre traitement sans effet sur cette impression et retarder la guérison.

ANTIBIO SYNALAR

19,40



en

de

pier

ffet,

du

les

une

le

in.

es le

temp

pression

aire ou de

un.