

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-453172

ND: 26988

achat  
LIBRE  
Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent(e)
		Matricule : 9436 Société : RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : EL MEQDAME DÉPART VOLONTAIRE HOUSSINE
		Date de naissance : 05-06-1960
		Adresse : ADRESSE HABITUELLE
		Tél. : 0653605234 Total des frais engagés : 76,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

ACHAT LIBRE BRILLEURS DES MAINS

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/04/2020

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
				INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STC PHARMACEUTIQUE HARAJATI HAMZA CIN: 11111111111111111111 N° de l'ordonnance: 3101 Date: 02-04-2020	02-04-2020	76.00

**STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA**  
Lalla Haj Fath Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tel: 0512 99 10 28

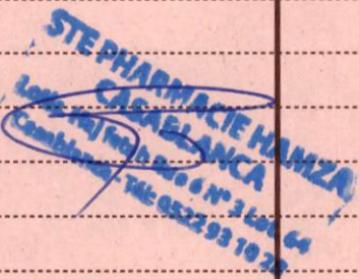
Grant Le Ch

*Facture N°*

75

MELVIN Q. DAVIS JR.

Quantité	désignation	Prix	Montant
01	Biafine 0.1	76.00	76.00
			76.00



**BIAFINE, émulsion pour application cutanée**  
Trolamine

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.  
Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre ~~médecin~~ ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consulter un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**Dans cette notice :**

**1. QU'EST-CE QUE BIAFINE, émulsion pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CŒUR AVANT D'UTILISER BIAFINE, émulsion pour application cutanée ?**

**3. COMMENT UTILISER BIAFINE, émulsion p**

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES**

**5. COMMENT CONSERVER BIAFINE, émuls**

**6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.**

**1. QU'EST-CE QUE BIAFINE, ÉMULSION DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique**

Protecteur cutané (D. Dermatologie)

**Indications thérapeutiques**

- Érythèmes secondaires à des traitements radiothérapeutiques
- Brûlures du premier et du second degré et toute autre plaie cutanée infectée.

**3. COMMENT UTILISER BIAFINE, émulsion pour application cutanée ?**

**Posologie**

• **Érythèmes secondaires à des traitements radiothérapeutiques:** suivre les recommandations de votre médecin. En général, 2 à 3 applications quotidiennes, régulièrement espacées, en faisant pénétrer par un léger massage.

• **Brûlures du second degré et autres plaies cutanées:** une consultation auprès de votre médecin est nécessaire (voir Mises en garde). Après nettoyage de la plaie, appliquer en couche épaisse en débordant largement la surface de la lésion et renouveler les applications afin de maintenir toujours un excédent d'émulsion sur la lésion. Recouvrir si besoin d'une compresse humidifiée et terminer le pansement. Ne pas utiliser de pansement absorbant sec.

• **Brûlures du premier degré:** en cas de brûlure étendue, une consultation auprès de votre médecin est indispensable (voir Mises en garde). Appliquer en couche épaisse jusqu'à refus de la peau. Faire pénétrer par un léger massage. Renouveler 2 à 4 fois par jour.

**Mode et voie d'administration :**

Voie cutanée

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**

Comme tous les médicaments, Biafine, émulsion pour application cutanée est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

s (picotements) modérées et transitoires (15 à 30 minutes) pouvant apparaître après l'application.

ergie de contact.

cas d'eczéma de contact nécessitant l'arrêt immédiat du traitement.

remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si ces effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

**5. COMMENT CONSERVER BIAFINE, émulsion pour application cutanée ?**

garder hors de la portée et de la vue des enfants.

utiliser Biafine, émulsion pour application cutanée après la date de expiration mentionnée sur la boîte.

Ne pas conserver à une température inférieure à 25°C.

