

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

iologie 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.

taire :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21021 Société : R.A.M. 53713

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU KASSI Fouad

Date de naissance : 15/07/1952

Adresse : 19 rue Lahcen El Arjoune Casab

Tél. : 06 55042456 Total des frais engagés : 39,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 dans un 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 : CXN Le : 11/12/2020

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/20	39,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية 20 غشت

Pharmacie du 20 Août

Mr. BENNOUNA Zhar Kamal
Pharmacien

17, Rue Lahcen El Arjoune
(Ex Rue Dalton) - Casablanca
Tél. : 05 22 86 38 92 / 05 22 86 02 02

PHARMACIE DU 20 AOUT
17, Rue Lahcen Al Arjoun
Casablanca
ICE : 001526624000041

R.C. 202178
PAT 36340950
C.N.S.S. 1139949
T.V.A. 826279
I.G.R. 42020870

FACTURE N° 003484

Casablanca, le 11/12/2020



M. LAHLOU KASSI FOUAD

Doit

DESIGNATION	Quantité	Prix Unitaire	Total
Enzidine gél	1	39,7	T = 39,7
Le patient facture et remboursé à			
Le somme de trente neuf dir			
et soixante dix cent			



Fucidine® 2% pommade

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Gardez cette notice. Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien. Ce n'est pas à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer tort, même si elle présente les mêmes informations.

فوسيدين® 2%

أنبوب من 15 غ

مره

39,70

◆ IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

DENOMINATION

FUCIDINE® 2%, pommade

COMPOSITION QUALITATIVE / QUANTITATIVE

COMPOSITION	Centésimale	Par tube de 15 g
Fusidate de sodium Excipients q.s.p.	2 g 100 g	300 mg 15 g

Excipients : alcool cétyleique, lanoline, vaseline, paraffine liquide.

FORME PHARMACEUTIQUE

Pommade, Tube de 15 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

ANTI-INFECTIEUX

Antibiotiques-antibactériens / antibiotiques actifs sur la synthèse des protéines

(D : Dermatologie).

◆ DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est un antibiotique

Ce médicament est préconisé dans les infections cutanées dues à des germes staphylocoques et streptocoques.

◆ ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants

•allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,

•infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

•La pommade ne doit pas être appliquée sur l'œil.

•Ne pas utiliser la pommade sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

•Ne pas utiliser la pommade sur les lésions suintantes macérées, ni dans les plis, ni sur les ulcères de jambe.

EN CAS DE DOUCE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSieurs MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SUSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TUIJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

LISTE DES EXCIPENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS
Lanoline.

◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

POSLOGIE

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Eviter l'application en couche épaisse.

FREQUENCE ET MOMENT AUQUEL LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

DUREE DU TRAITEMENT

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

◆ EFFETS NON SOUHAITÉS ET GÉNANTS

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT CHEZ CERTAINS PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS.

Dans certains cas, il est possible que survienne un éczema allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

Il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue, SIGNALEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

Ce médicament doit être conservé à température ambiante.

◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE 1

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DÉLIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÊTÉ PERSONNELLEMENT PRÉSCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par **POLY MÉDIC**

Rue Amyot d'Invile, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable