

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-799143

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0013161

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom : EL KHOUTABI OMAR

Date de naissance : 08/02/1991

Adresse : RES LES COLLINES EXT. ACARIA IN 7 AP 9 EGY

Tél. : 06 61314236

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Fadwa LAHLOU**  
Dermatologue - Vénérologue  
Angle Bd. Anoual et Rue Abdelkrim Raiss  
Rés. Abdelmoumen Imm. 10. 1er Etage Casa  
Tél. : 06 73 53 88 84 / 05 22 23 60 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/05/2023

Nom et prénom du malade : OMAR EL KHOUTABI Age :

Lien de parenté :

☐ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

Molluscum

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VO ET ADHERENT



RELEVÉ 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
06/05/23	Consult C.S.		300,00	INP : 091250183

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.05.23	39,70
	06/05/23	162,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Fadwa LAHLOU**

**Dermatologue - Vénérologue**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca



**الدكتورة فدوى لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية  
كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة الخلية سابقا بالمستشفى الجامعي  
عين رشيد الدار البيضاء

INPE = 091250183

Casablanca, le 06/05/2023

Facture

Médecine

M<sup>r</sup> El Khoutalsi OMAR

Acte

Cotation

Montant

Consult

CS

300,00

Electrocoagulation  
mollus an pendule  
> 3

K10

400,00

700,00

Arrêtée la présente facture  
à la somme de sept cents  
dirhams.

Dr. Fadwa LAHLOU  
Dermatologue - Vénérologue  
Angle Bd. Anoual et Rue Abdelkrim Raiss  
Rés. Abdelmoumen Imm. 10, 1er étage Appt. N°3 - Casablanca  
Tél: 06 73 53 88 84 / 05 22 23 60 85

تقاطع شارع أنوال وعبد الكريم الرايس، إقامة عبد المومن عمارة رقم 10

شقة رقم 3، الطابق الأول، الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 23 60 85 المحمول: 06 73 53 88 84

Angle Bd. Anoual et Abdelkrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10

1er étage Appt. N°3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - Gsm: 06 73 53 88 84



**DR. Fadwa LAHLOU**

**Dermatologue - Vénéréologue**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd  
Casablanca



**الدكتورة فدوى لحلو**

أخصائية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر  
الأمراض التناسلية  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد الدار البيضاء

Casablanca, le 06/05/2023

162.00 M<sup>r</sup> El Khoutalsi OMAR

① Cicaplast Base B50  
Spf50

1 appl x 4/j

sur toutes les cicatrices p<sup>st</sup> 3seu

39.70

② fucidine crème

2 x 1/j

p<sup>st</sup> 1seu

Dr. Fadwa LAHLOU  
Dermatologue - Vénéréologue  
Angle Bd. Anoual et Rue Abdelkrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10, 1er étage Cas  
Rts. Abdelmoumen Imm. 10, 1er étage Cas  
Tél.: 06 73 53 88 84 / 05 22 23 60 85

PHARMACIE  
Bd. ECHIFA  
Anjette TAHIRI  
05 22 97 54 65

تقاطع شارع أنوال وعبد الكريم الرايس، إقامة عبد المومن عمارة رقم 10

شقة رقم 3، الطابق الأول، الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 23 60 85 المحمول: 06 73 53 88 84

Angle Bd. Anoual et Abdelkrim Raiss Résidence Abdelmoumen Imm. 10

1er étage Appt. N°3 - Casablanca - Tél: 05 22 23 60 85 - Gsm: 06 73 53 88 84

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



cidine® 2%  
Tube de 15 g



ce médicament. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin  
à votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament vous a  
risqueriez de lui causer tort; même si elle présente les mêmes

39A

	Centésimale	Par tube de 15 g
Acide fusidique	2 g	300 mg
Excipients q.s.p.	100 g	15 g

Liste des excipients : butylhydroxyanisole, sorbate de potassium, alcool cétylique, glycérol, paraffine liquide, polysorbate 60, vaseline, eaupturffée.

Ce médicament est un ANTIBIOTIQUE A USAGE TOPIQUE (D: Dermatologie).

◆ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un antibiotique.

Il est préconisé dans les infections cutanées dues à certains germes (staphylocoques et streptocoques).

◆ ATTENTION !

CONTRE-INDICATIONS

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 DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

- La crème ne doit pas être appliquée sur l'oeil.
  - Ne pas utiliser la crème sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.
- EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT 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 TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR CERTAINS PATIENTS

Alcool cétylique, Butylhydroxyanisole, sorbate de potassium.

◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

POSOLOGIE

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

Limitier le traitement à une semaine, à titre indicatif.

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.

Cette présentation sous forme de crème est plus particulièrement adaptée aux lésions suintantes, macérées et dans les plis.

◆ EFFETS INDÉSIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÊNANTS:

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma 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.

SIGNELEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÊNANT 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

A conserver à température ambiante (inférieure à 25°C).

◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE 1

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ETE PERSONNELLEMENT PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRECISE

- IL PEUT NE PAS ETRE ADAPTE A UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MEDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER A UNE AUTRE PERSONNE