

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-001877

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1895 Société : 173957

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEGROUN Hajar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

Adresses Mails utiles

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/9/2023	69,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

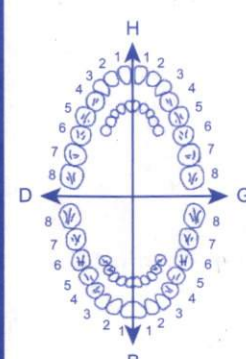
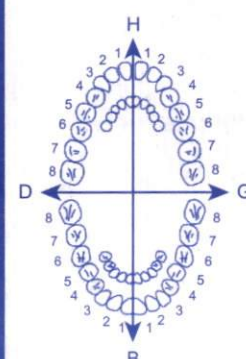
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT 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 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUVELLE CASA SARLAU
BOUZOUBAA KARIM
16. BD DE LA LIBERTÉ.

Tél : 0522314717

02/09/2023

BENCHEGROUN HOURIA

FACTURE N° : 20869 du 02/09/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DIPROSONE POMMADE 15 G	24,20	24,20	7%
1	DOLIPRANE 1000 MG 10 CPS	14,00	14,00	7%
1	DERMOVAL CREME 0.05% TUBE 10G	17,40	17,40	7%
1	SKINOSONE CREME 15G	14,30	14,30	7%

Total TTC 69,90

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	65,33	4,57	69,90
		65,33	4,57	69,90

PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBAA
16 Bd de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 31 47 17

R.C : 375645

I.C.E : 001854324000093

Patente : 34254289

CNSS : 1515941

I.F : 20775966

ديبروزون 0,05 % مرهم

LOT : 422
PER : AVR 2025
PPV : 24 DH 20

بيتاميتازون
للدهن فقط



- Si vous avez d'autres questions.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DIPROSONE 0,05 %, pommade et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
3. Comment utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DIPROSONE 0,05 %, pommade ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DIPROSONE 0,05 %, pommade ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : DERMOCORTICOIDE (D. Dermatologie) - code ATC : D07AC07

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané uniquement.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de contact, la dermatite atopique, le psoriasis, mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DIPROSONE 0,05 %, pommade ?

N'utilisez jamais DIPROSONE 0,05 %, pommade dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6
- lésions ulcérées
- acné
- rosacée
- maladies infectieuses de la peau d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dus à des champignons microscopiques) ou parasitaire
- application sur les paupières.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

% pommade



sone

t des informations importantes pour vous.

Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux

Mode et voie d'administration

Voie cutanée.

Il est conseillé d'appliquer le produit en touches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Se laver les mains immédiatement après l'application (sauf si vous utilisez la pommade pour traiter vos mains).

Fréquence d'administration

1 à 2 applications par jour selon l'ordonnance de votre médecin.

Durée du traitement

L'arrêt du traitement se fera de façon progressive, en espaçant les applications et/ou en utilisant un corticoïde moins fort ou moins dosé.

Respecter strictement l'ordonnance de votre médecin et ne pas prolonger le traitement.

Si vous avez utilisé plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade que vous n'auriez dû

Utilisez toujours DIPROSONE 0,05 %, pommade comme votre médecin vous l'a indiqué.

Si vous avez accidentellement appliqué plus de DIPROSONE 0,05 %, pommade, que prescrit par votre médecin, ne vous inquiétez pas mais évitez de le reproduire.

L'utilisation excessive ou prolongée des corticoïdes locaux peut être à l'origine de manifestations d'hypercorticisme, incluant la maladie de Cushing.

Traitement : un traitement symptomatique approprié est indiqué.

Si vous oubliez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

N'appliquez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié d'appliquer.

Si vous arrêtez d'utiliser DIPROSONE 0,05 %, pommade

Sans objet.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

En cas d'utilisation prolongée, il y a un risque d'amincissement et de fragilité de la peau, dilatation de petits vaisseaux sanguins, vergetures, poussée d'acné.

Des cas d'hypertrichose, de dépigmentation, d'infection secondaire en particulier en cas de traitement sous pansement occlusif ou dans les plis, ont été rapportés.

D'autres effets indésirables peuvent survenir (fréquence indéterminée) : vision floue,

Skinosone[®]

(Bétaméthasone)

Composition :

Bétaméthasone (sous forme de dipropionate) 0,05 %

Excipients q.s.p.

14130

Propriétés :

Bétaméthasone est un dermocorticoïde à action anti-inflammatoire, anti-prurigineuse et antipruritique.

Indications :

- Eczémas de contact
- Dermatitis atopiques
- Dermites séborrhéiques à l'exception du visage
- Psoriasis
- Lichens
- Dyshidroses
- Traitement symptomatique du prurit
- Skinosone est présentée sous deux formes :
 - Crème : destinée au traitement des lésions suintantes
 - Pommade : destinée au traitement des lésions sèches

Contre indications :

- Allergie à l'un des composants
- Dermatoses virales : Zona, Herpès, Varicelle.
- Infections bactériennes ou fongiques primitives

Effets indésirables :

- Communs à tous les dermacorticoïdes : dessèchement, folliculites, atrophie, prurit, télangiectasies, vergetures, excoriations, rosacée aggravée.
- Ils sont exceptionnels lors d'un traitement court

Mises en garde et Précautions d'emploi :

- L'apparition d'une irritation locale impose l'arrêt du traitement.
- Les traitements sous pansements occlusifs comportent un risque de surinfection.
- L'utilisation prolongée, l'utilisation sur le visage ou chez l'enfant doivent être soumises à une stricte surveillance médicale.

Mode d'emploi et posologie :

Une application en couche mince 2 à 3 fois par jour.

Présentations :

- Crème : Tube de 15g
- Pommade : Tube de 15g
- Tableau A.



Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

Comprimé

PPV: 14DH00
PER: 02/26
LOT: M565



1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90
lactose sodique, povidone K30, amidon de
origine végétale

régions douloureuses. Il peut
douloureux de l'arthrose.

Cette présentation est réservée.
Lire attentivement la rubrique
Pour les enfants de moins de 15 ans
paracétamol. Demandez conseil à votre médecin.

**QUELLES SONT LES
PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVEC DOLIPRANE®**

Contre-indications :

Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas
d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le
traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre
médecin avant de prendre du paracétamol.

Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez
immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

allaitement :

dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant
qu'en cas d'allaitement.

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 17,40 DH

ID: 649197



6 118000 161295

10/02/2002
Pharmaco

