

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Réclamation : [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)



## Déclaration de Maladie

N° W21-623793

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6444 Société : R A T 7937

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MANZAH RACHID

Date de naissance : 13/12/65

Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA CASABLANCA

Tél. : 0661226340 Total des frais engagés : 1008,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : Manzah

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection dermatologique

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.

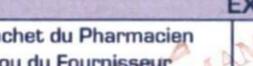
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/01/2021 Le : 04/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|  | 27-04-2018 | 708,80                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

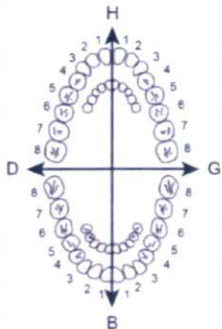
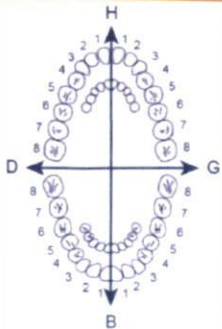
[illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>   |                     |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr HAIM Hind

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique Cosmétologie et Lasers - Besançon - France
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd
- Ancien Médecin Interne au CHU Hôtel Dieu Nantes - France

- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infection sexuellement transmissibles
- Allergie cutanée et brûlures
- Médecine esthétique anti-âge : peeling, Botox, Fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers

## الدكتورة هائم هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر بيزنسون
- طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة سابقا بمستشفى - Hôtel Dieu - نانت فرنسا

- أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الحساسية و الجروح
- طب التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca, le : 27/04/2021

REU  
15/5

Dr ANZAH Rochid

220,0

1) Peeling en pulvérisation.

Dermal gel

Kéhol enduro

Skinolac Elixir



ID: 646510  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

ID: 646510  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

ID: 646510  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 17,40 DH  
6 118000 161295

ID: 646147  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 40,00 DH  
6 118000 161301

الطابق 4، رقم الشقة 5 الدار البيضاء

165 Bd Abdelmoumen Résidence les Clés Center, Imrin A, 4ème étage, Appt 5 - Casablanca

Tél : 05 22 22 78 99/05 22 20 33 73 - Urgence Secrétariat : 06 70 02 06 21 - Urgence Médecin : 06 60 51 57 39

Email : haimhind@gmail.com

162,0

2) Dexam

Nettoyant



Nettoyante chaux / 1 ltr

259,60

3) Repentin :

{ Dexam (1 ltr)  
Dex. (1 ltr)

LOT: 4487  
EXP: 08/23  
PPC: 95.00DH



LOT: 4487  
EXP: 08/23  
PPC: 95.00DH

1 ltr / 1 ltr

1 ltr / 1 ltr

67,2

4) Elyfid blm



1 ltr / 1 ltr

T = 708,80

صيدلية زمالة  
PHARMACIE ZEMMAMA  
Km. 16, Route Secondaire 109, Douar Fokra  
Louskoura-Casa - Tél : 0522 32 03 01  
INPE 092.069327-ICE : 00194336900088



# Skinosalic®

## Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g

Lotion : Flacon de 30g

## Composition :

|  | SKINOSALIC®<br>Pommade | SKINOSALIC®<br>Lotion |
|--|------------------------|-----------------------|
| Bétaméthasone (DCl)<br>dipropionate exprimé en |                        |                       |
| bétaméthasone.....                             | 0,05g                  | 0,05g                 |
| Acide salicylique.....                         | 3,00g                  | 2,00g                 |
| Excipients q.s.p.....                          | 100,00g                |                       |

## Propriétés :

- Skinosalic associe dans sa formule, un dermo-corticoïde

Le Bétaméthasone et un kératolytique : l'acide salicylique

## Indications :

Dermatoses corticosensibles à composante kératosique

- lichénification

- psoriasis

- lichen

- dermite séborrhéique à l'exception du visage.

- la forme lotion adaptée plus particulièrement au traitement des régions pileuses et des plis.

## Contre indications :

- Infections bactériennes, virales, fongiques, primitives et par une composante inflammatoire.

- Lésions ulcérées

- Acné et rosacée

- Hypersensibilité à l'un des composants.

- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

## Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé :

atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.

- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.

- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.

- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.

- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

## Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.

- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.

- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.

- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

## Posologie et mode d'emploi :

- Étaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.

- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raie par raie, en dépassant largement la surface à traiter.

- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

## Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I

30g

LOT : 6296

UT. AV. 01 - 24

P.P.V. : 34 DH70

**Skinosalic®**



Laboratoires Pharmaceutiques PHARMA 5  
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

A20530 FXT 13

# ERYFLUID®

Erythromycine base  
Lotion

**Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez 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.

1. QU'EST-CE QUE ERYFLUID, lotion ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ERYFLUID, lotion ?
3. COMMENT UTILISER ERYFLUID, lotion ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER ERYFLUID, lotion ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES
1. QU'EST-CE QUE ERYFLUID, lotion ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ERYFLUID est un antibiotique à usage local qui détruit certaines bactéries présentes sur la peau. Il est utilisé pour traiter l'acné.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ERYFLUID, lotion ?

**N'utilisez jamais ERYFLUID :**

- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'érythromycine ou à l'un des autres composants contenus dans ERYFLUID (voir la rubrique 6. Informations supplémentaires),



- si vous êtes allergique (hypersensible) à l'érythromycine ou à un antibiotique de la même famille (les macrolides).

**Précautions d'emploi ; mises en garde spéciale**  
Ne pas avaler.

Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Ce médicament est un médicament à usage externe. Ne pas l'utiliser sur des plaies, des brûlures, des lésions cutanées ou des yeux.  
Ce médicament est un médicament à usage externe. Ne pas l'utiliser sur des plaies, des brûlures, des lésions cutanées ou des yeux.  
Ce médicament est un médicament à usage externe. Ne pas l'utiliser sur des plaies, des brûlures, des lésions cutanées ou des yeux.

Si vous avez un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Grossesse et allaitement

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

## Informations importantes concernant certains composants d'ERYFLUID :

ERYFLUID contient un composant qui s'appelle le propylène glycol. Ce composant peut provoquer une irritation de la peau.

## 3. COMMENT UTILISER ERYFLUID, lotion ?

### Posologie

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Avant d'appliquer Eryfluid, vous devez d'abord effectuer un nettoyage de la peau.

La fréquence d'administration habituelle est de 1 à 2 applications par jour.

### Durée du traitement

En moyenne, le traitement dure 1 à 3 mois, jusqu'à amélioration.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

## 4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

www.dermagor.fr

**Dermagor**  
DERMATOLOGIE

**Psocalm**  
Dermo-nettoyant