

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-638996

76085

62

Optique

Autres

Royal air maroc



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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11536

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAOUFIK KHALID

Date de naissance : 05/07/1973

Adresse : 27 Allee des Soufainvilliers E.S.S.A.F.A 2

FHM 3 APT A S

Tél. : 06 613 31486

Total des frais engagés :

429,2

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/07/21

Nom et prénom du malade : NEINIS D. Fakir Zehra

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Zere



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

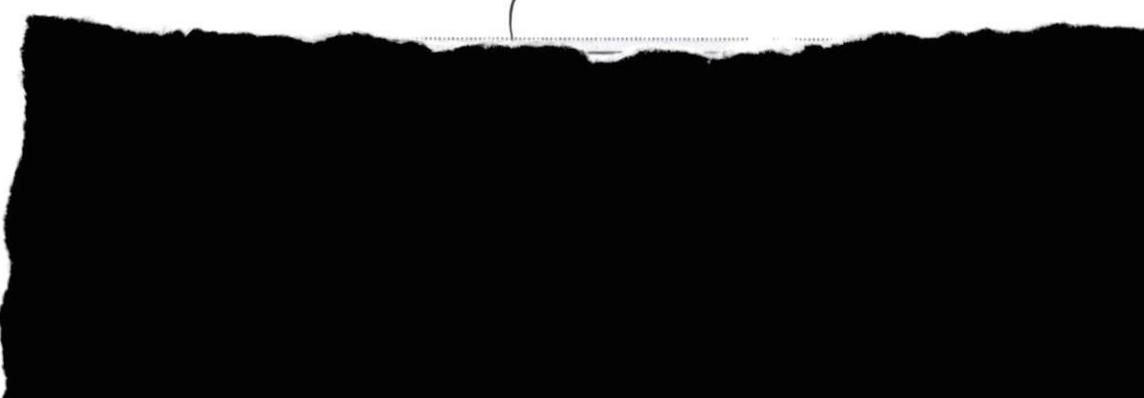
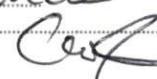
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 25/10/2021

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
21/06/2021	Acte	120	1	INP : OSUIC 2021
				Dr. J. B. BOUAFI Généraliste
				120, Boulevard de l'Alma - Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/2021	3092
		1

ANALYSES - RADIGRAPHIES

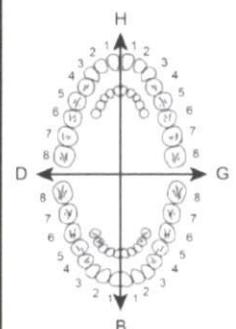
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

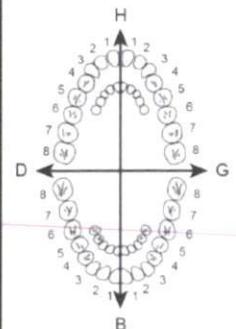
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Jihane BENOUHOUD
Médecin Généraliste

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



120, Boulevard Moulay Slimane
1^{er} Etage Ain Sebâa Casablanca

Tél : 0522 342 162

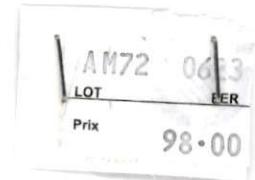
الدكتورة جهان بن وحود
الطب العام

خريجة كلية الطب
في الدار البيضاء

120 شارع مولاي سليمان الطابق 1
عين السبع الدار البيضاء

الهاتف : 0522 342 162

Casablanca, le ... 21/06/2021



MOUNJID Fatima Zahra

- 1) GYNOPEVARYL
1ov/j pdt 3 j
- 2) PEVARYL
1appx2/j pdt 10 j
- 3) ALCASTERIL
Tx2/j
- 4) LOCAPRED
1app/j pdt 1 sem puis 1app un j/2 pdt 1 sem puis 1 app un j/3
pdt 1 sem (main)
- 5) ERLUS
1cp/j pdt 1 mois



309 2w

NITRATE D'ECONAZOLE® **Pevaryl 1%** CREME



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Crème :
Formule pour 10
nitrate d'éconazole
Excipients : stéarate
paraffine liquide,
sole (E320), acid



6 118000 012184
P.P.V : 50D90

PEVARYL 1%
CREME 130G

LOT : 20E014
PER.: 11/2022

..... 1 g
gols 300 et 1500,
butylhydroxyanisole.
rifiée.

FORME PHARMACEUTIQUE

Crème, tube de 30 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

DERIVE IMIDAZOLE - ANTIFONGIQUE LOCAL
(D : Dermatologie)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement ou le traitement d'appoint de certaines affections cutanées dues à des champignons (mycoses).

ATTENTION !

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

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie à l'un des composants.

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

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Eviter l'application près des yeux.
- Il est recommandé de ne pas utiliser un savon acide (l'acidité favorisant la multiplication du candida).
- En cas d'application chez l'enfant, sur une grande surface, ou sur une peau lésée, respectez impérativement les recommandations et la posologie indiquée par votre médecin en raison de la pénétration plus importante du produit dans ces circonstances.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

LOCAPRED® 0,1%

Désonide 0,1%

Crème Voie cutanée

Veuillez lire attentivement l'information

ce médicament.

Gardez cette notice.

Si vous avez d'autre

otre pharmacien.

ce médicament vi

sonne d'autre.

risqueriez de

ômes que vous.

PER : 10/2028
LOT : 2028

LOCAPRED 0,1%

CREME T15G

P.P.V : 16DH60



6 118000 010951

avant d'utiliser

re à nouveau.

e médecin ou

e le donnez à

... au ... , même si elle présente les mêmes

POSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

....., 0,100 g
: stéarate de polyoxyéthylène glycol 600 (mono et diesters),
le polyoxyéthylène glycol 300, paraffine liquide légère,
polyglycosylés saturés, alcool cétylique, propylèneglycol,
benzoate de méthyle, acide sorbique, gallate de propyle, eau
pour 100 g de crème.

PHARMACEUTIQUE :

ube de 15 g

PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

CORTICOÏDE (D : Dermatologie).

QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

ce médicament est un corticoïde local d'activité modérée.

conisé dans certaines maladies de peau comme l'eczéma de la dermatite atopique, mais votre médecin peut le prescrire

et après un intervalle sans traitement de 10 jours.
NS TOUS LES CAS, SE CONFORMER A LA PRESCRIPTION
DICALE.

de d'administration

de vaginale uniquement. GYNO PEVARYL ne doit pas être avalé.

durée de traitement

ns la majorité des cas, la durée de traitement est de 3 rs consécutifs.

sseils pratiques :

vez-vous soigneusement les mains avant et après l'administration du produit,
itez votre toilette avec un savon à pH neutre ou alcalin,
ilisez votre propre linge de toilette (gant, serviette), afin de ne pas contaminer votre entourage,
ortez des sous-vêtements en coton,
itez les douches vaginales,
itez de porter des tampons périodiques pendant le traitement,
nterrompez pas le traitement pendant les règles,
otre médecin estimera la nécessité :
e traiter également votre partenaire sexuel
e vous prescrire un antifongique à appliquer également.

Si vous avez utilisé plus de GYNO PEVARYL 150 mg,
que vous n'auriez dû :

us avez utilisé une quantité trop importante de GYNO RYL, ou si vous avez avalé accidentellement le médicament, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez d'utiliser GYNO PEVARYL 150 mg, ovule :
enez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

ez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre ain ou à votre pharmacien.

LS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTU

de tous les médicaments, GYNO PEVARYL 150 mg est susceptible d'avoir des effets indésirables et le monde n'y soit pas sujet :

Effets indésirables fréquents (affecte 1 à 10 %) :

ngéaisons (*prurit*), sensation de brûlure au niveau du vagin.

Effets indésirables peu fréquents (affecte 1 à 10 patients sur 1 000) :

on cutanée étendue (*rash*).

on de brûlure au niveau de la vulve et du vagin.

Effets indésirables rares (affecte 1 à 10 patients sur 1 000) :

rrer de la peau (*erythème*).

Effets indésirables de fréquence indéterminée (ne peut être évaluée sur la base des données disponibles) :

(*hypersensibilité*).

- Gonflement de la peau et/ou des muqueuses (*angioédème*), urticaire, inflammation de la peau (*dermatite de contact*), peau qui pèle (*desquamation de la peau*).

• Au site d'application : douleur, irritation et gonflement. Ce traitement peut entraîner des sensations de brûlures locales et une augmentation des démangeaisons.

Généralement, ces phénomènes cèdent spontanément à la poursuite du traitement. Si les symptômes persistent au-delà de 24 à 48 heures, interrompez le traitement et consultez votre médecin.

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

5. COMMENT CONSERVER GYNO PEVARYL 150 mg, ovule ?

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

Ne pas utiliser GYNO PEVARYL 150 mg, ovule après la date de péremption mentionnée sur la boîte.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C. Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout à l'égout ou avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés. Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

Que contient GYNO PEVARYL 150 mg, ovule ?

La substance active est :

Nitrate d'éconazole 150 mg

Pour un ovule.

Les autres composants sont :

Glycérides hémisynthétiques solides.

Qu'est-ce que GYNO PEVARYL 150 mg, ovule et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme d'ovule. Boîte de 3 ovules.

La dernière date à laquelle cette notice a été

Le est le 23/08/2012

JANSSEN-CILAC

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel, Zenata

Aïn Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

janssen 