

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-638996

26085 67

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11586 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TAOUIL KHALID

Date de naissance : 05/07/1973

Adresse : 87 Allée des Bougainvilliers ESSAFA 2

IMH BAPTISTE Casablanca

Tél. : 06 613 31486 Total des frais engagés : 429,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2021

Nom et prénom du malade : AINISSO Fakir Zehne Age :

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

Nature de la maladie : Elzeur

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 : 25/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/06/2011		120		INP : 091121973

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/2011	3092

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
						DATE DU DEVIS
						DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jihane BENOUD
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

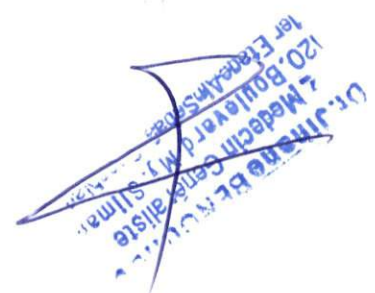
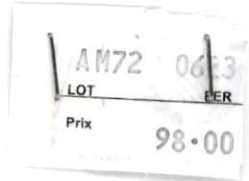
1) GYNOPEVARYL
1ov/j pdt 3 j

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



7030

5090

980

1660

73,40

309,20

NITRATE D'ECONAZOLE® Pevaryl 1% CREME



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

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



P.P.V : 50DH90

PEVARYL 1%
CREME 130g

LOT : 20E014
PER : 11 2022

1 g
gols 300 et 1500,
butylhydroxyani-
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'intégralité de ce médicament.

Gardez cette notice.

Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien.

Ne donnez pas ce médicament à une autre personne.

Ne risqueriez-vous pas de nuire à votre santé si elle présente les mêmes symptômes que vous.

LOT : 20E028
PER : 10 2022

LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60



6 118000 010951

avant d'utiliser

à nouveau.

le médecin ou

le donnez à

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

.....0,100 g
: stéarate de polyoxyéthylène glycol 600 (mono et diesters),
de 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 :

de 15 g

PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

CORTICOÏDE (D : Dermatologie).

QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

est un corticoïde local d'activité modérée.

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

Après un intervalle sans traitement de 10 jours.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER À LA PRESCRIPTION MÉDICALE.

Mode d'administration

Usage vaginal uniquement. GYNO PEVARYL ne doit pas être avalé.

Durée de traitement

Dans la majorité des cas, la durée de traitement est de 3 jours consécutifs.

Conseils pratiques :

Prenez-vous soigneusement les mains avant et après l'administration du produit,

utilisez votre toilette avec un savon à pH neutre ou alcalin, utilisez votre propre linge de toilette (gant, serviette), afin de ne pas contaminer votre entourage,

portez des sous-vêtements en coton,

évitez les douches vaginales,

évitez de porter des tampons périodiques pendant le traitement,

interrompez pas le traitement pendant les règles,

votre médecin estimera la nécessité :

traiter également votre partenaire sexuel si vous prescrivez un antifongique à appliquer localement.

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

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

Si vous oubliez d'utiliser GYNO PEVARYL 150 mg, ovule :

Prenez pas de dose double pour compenser la dose que vous avez oublié de prendre.

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

ILS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

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

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

Prurits (démangeaisons) (*pruriti*), sensation de brûlure au niveau de la vulve et du vagin.

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

Réactions cutanées étendues (*rash*).

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

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

Réactions de la peau (*erythème*).

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

Hypersensibilité.

- Gonflement de la peau et/ou des muqueuses (*angioedème*), 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 hémi-synthétiques 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

révisée est le 23/08/2012

JANSSEN-CILAG

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel, Zenata

Ain Sebaâ, Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

janssen