

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-634222

76580

per coma

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11817

Société :

R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

EL OMAR EL MANE

Date de naissance :

22/02/75

Adresse :

84 LOT JAWHAR TARGA MARRAKECH

Tél. :

066147355

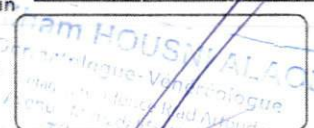
Total des frais engagés :

536,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/05/2021

Nom et prénom du malade :

LAS NOUËS SOPHIA

Age :

15 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Acné inflammatoire

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 :

Marrakech

Le :

28/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-634222

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

11817

Nom de l'adhérent(e) :

EL OMAR EL MANE

Total des frais engagés :

536,30

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
28/05/2021	S		250 d.f.	INP: 0711111111

INP: 0711111111
 Dermatologue - Vénérologue
 Avenue Mohamed VI, Marrakech
 Tel: 0524 30 41 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
 Date
 Montant de la Facture

28/05/2021
 286,20

PHARMACIE
 072061328

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
 AM PC IM IV
 Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

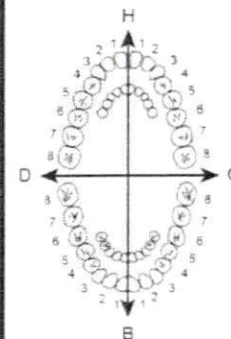
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
 INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

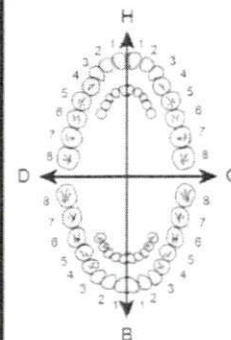
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Ilham HOUŚNI ALAOUİ

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles

Dermato - allergologie

Médecine esthétique

Diplômée en Dermatologie Pédiatrique

de la Faculté de Montpellier (France)

الدكتورة إلهام حسني العلوي

أخصائية أمراض الجلد والتناسلية

أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر

حساسية الجلد

طب التجميل

خريجة كلية مونبولى (فرنسا) في طب جلد الأطفال

28.01.21

Sophia Lasmolle

67,20

① Eryfluid lotion

1 app. 2 fois par jour sur la
bouton rouge.

146,60

② Epiduo gel

1 app. 1 soie sur 2 (en petite quantité)
sur tout le visage sauf contour
des yeux.

72,50

③ Difféline 0,1% crème

286,30

1 app. le soir sur le visage

Rou 3 semaines.

Dr. Ilham HOUŚNI ALAOUİ
Dermatologue - Vénérologue
Apt 512 - Avenue Mouzdalifa / Arfoud entré
Apt 512 - Avenue Mouzdalifa / Marrakech
Tél: 05 24 30 44 30

Apt 5 (2e étage), résidence Riad Arfoud, entrée 8,
Avenue Mouzdalifa (au dessus du café SHOW TIME), Marrakech

شقة 5 (الطابق الثاني)، إقامة رياض أرفود، مدخل 8، شارع
المزلفة (فرق مقهى شوتايم)، مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

e-mail : i.housni.alaoui@gmail.com



Epiduo, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1.27182-Bouskoura

6 118001 071692

EPIDUO, gel adapalène/Peroxyde de benzoyle

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.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que EPIDUO, gel et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser EPIDUO, gel ?
3. Comment utiliser EPIDUO, gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver EPIDUO, gel ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE EPIDUO, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTI ACNÉIQUE LOCAL.

EPIDUO est utilisé dans le traitement de l'acné.

Ce gel est une association de 2 principes actifs, l'adapalène et le peroxyde de benzoyle qui associent leurs propriétés mais de manières différentes :

- l'adapalène appartient à un groupe de produits appelés « rétinoïdes » et agit spécifiquement sur le mécanisme de l'acné ;
- le deuxième principe actif, le peroxyde de benzoyle, agit comme un agent antimicrobien et par son action adoucissante et exfoliante de la couche supérieure cutanée.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER EPIDUO, gel ?

N'utilisez jamais EPIDUO, gel :

Si vous avez utilisé plus d'EPIDUO, gel que vous n'auriez dû :

Si vous utilisez plus d'EPIDUO que vous ne devez, votre acné ne disparaîtra pas plus rapidement, mais cela pourrait provoquer irritation et rougeur cutanées.

Contactez votre médecin ou les services d'urgence :

- si vous avez utilisé plus d'EPIDUO que vous n'auriez dû,
- si un enfant a appliqué accidentellement le produit.

Votre médecin saura vous conseiller.

Si vous oubliez d'utiliser EPIDUO, gel :

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

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

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

EPIDUO, gel peut entraîner les effets indésirables suivants sur le site d'application :

Effets indésirables fréquents (touchant moins de 1 personne sur 10)

- Peau sèche.
- Eruption cutanée localisée (dermatite de contact irritative).
- Sensation de brûlure.
- Irritation de la peau.

Effets indésirables peu fréquents (touchant moins de 1 personne sur 100)

- Démangeaison de la peau (prurit).
- Brûlure à type de coup de soleil.

Si vous ressentez une irritation de la peau après l'application d'EPIDUO, celle-ci est généralement légère à modérée avec des signes comme rougeur, sécheresse, desquamation et sensation de brûlure avec un pic pendant la première semaine et se résolvant sans traitement supplémentaire.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, si vous ressentez un...

ERYFLUID

Erythromycine base
Lotion

LOT : 21E008
PER : 09 2022

ERYFLUID 4%
LOTION, FL 100 ML



P.P.V : 67DH20



6 118000 010630



s êtes allergique (hypersensible) à
romycine ou à un antibiotique de la
famille (les macrolides).

**Veillez 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),

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

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Ce médicament contient de l'alcool. Vous devez donc éviter tout contact avec les muqueuses (exemple l'intérieur du nez) et les zones fragiles telles que le cou, le pourtour des yeux...

Prise d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment 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 2 applications par jour.

Durée du traitement

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