

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- 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 (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° M21- 0037325

83008

Signature

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SA GHIR Ruytaphé
Date de naissance : 1939
Adresse : Cite ANARA I Ruytaphé
Tél. : 0648938640 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19 AOÛT 2021
Nom et prénom du malade : ESSACHIR Ruytaphé Age : 75 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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

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
19/08/21	G	h	150DH	Dr B. Agoua Dermatologue Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAURENT 550, Bd AL MOUS - CASABLANCA AM CHOCK - CASABLANCA Tél : 05 22 52 40 29	19.8.2021	322,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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



الضمان الاجتماعي

الطبيب العام

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



الإدارة II
INARA II

le

19 AOUT 2021

ESSAGUIR Moudjahid

PHARMACE LUMIERES
LABORATOIRES SAIL AU
550, Bd. AL QODS - INARA
AÏN CHOKK - CASABLANCA
Tél.: 05 22 52 40 29

1/ Séralacalm crème apaisante

01 app / j sur les lésions de la cheville

228,00

2/ Régumac crème

70,00

01 app / j sur les plaies et ulcères

3/ Apresoleum crème

24,20

01 app / j sur les lésions plantaires

322,20

01 app / 2 j sur les lésions des pieds

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

DERMATOLOGUE
Casablanca



3 760095 252933

ACL : 608477-0
CNP : 3694-502
CN : 188197-7
CNP : 6087625

R20B07/20059002
PROD: 02/2020
EXP: 02/2023

728,00

→ 1228,00

SÉDACALM
CRÈME APAISANTE

DIPROSONE® 0,05 % pommade

Bétaméthasone



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- 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 % UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : DER.

D07AC01

DIPROSONE est destiné à l'usage cutané unique.

Ce médicament est un corticoïde local d'activité forte.

Il est préconisé dans certaines maladies de peau comme 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 ?

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 (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire
- application sur les paupières.

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

Avertissements et précautions

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 ont été rapportés.

LOT : 376
PER : DEC 2023
PPV : 24 DH 20

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	625369	N° SEJOUR :	210024634	FACTURE N° 2102008659		DATE D'ENTREE : 13/08/2021		DATE DE SORTIE : 13/08/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : ESSAGHIR, Mustapha							
MALADE : ESSAGHIR, Mustapha											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU :	150.00					
DATE FACTURE : 13/08/2021		EDITEE LE : 13/08/2021		PAR: LAKHDA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :		
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA		
				BANQUE :		BMCE - INARA		
				N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91		

