

# 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

o Réclamation : contact@mupras.com  
o Prise en charge : pec@mupras.com  
o 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  
Tél : 05 22 22 78 18 - 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- 048438

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2038

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF Boucharb

Date de naissance : 1950

Adresse : Babatuelle

Tél : 05 22 87 06 48

Total des frais engagés : 470,70

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 09 / 2021

Nom et prénom du malade : TARAJJA FATIMA

Age : 56

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatoses

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 / 09 / 2021

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
10.09.21			50000	

Dr Abdelhak Abdelhak  
Dermatologue  
Rés El Majd Imm 1 El Gharbi  
Inara I Ain Chock  
Tél: 022 505 668 - 022 505 601

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10.09.21

170,70

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

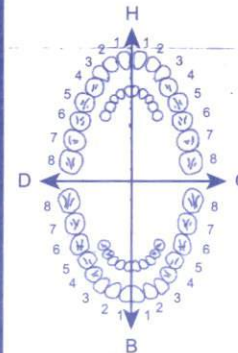
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		H
25533412	00000000	21433552
D	00000000	G
35533411	11433553	
B		

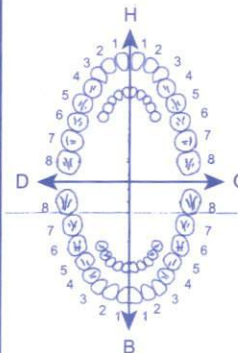
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Docteur Abdelilah ABBOUR

## Spécialiste

Dermatologie - Vénérologie

Chirurgie Dermatologique

## Traitement au Laser

## الدكتور عبد الإله عبور

## أخصائي

## أمراض الجلد والشعر

و الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

## العلاج باللايزر

Casablanca, le 15.05.2024 الدار البيضاء

$\Lambda \ 3\Lambda, \ 0\overline{0}$

D. Sethi Group

39,70

→ Fracturing 

~~170,70~~



**Dr Abdelilah ABOUR**  
Spécialiste  
Dermatologie - Vénérologie  
Res. Abd Imm F Elg 2 Bd El Ouds  
Inars 1 Ain Chock Casablanca  
Tel 0522 506 868 - Fax 0522 505 007



# Fucidine® 2% crème



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament. Lisez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau. Si vous avez d'autres questions, consultez votre pharmacien. Ce médicament vous a été prescrit pour un usage spécifique. L'usage abusif peut entraîner des effets indésirables ou des complications. Ce médicament vous a été prescrit, même si elle présente les mêmes

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

فوسيدين® 2%  
كريم  
أنبوب من 15 غ  
39,70

Par tube de 15 g

300 mg

15 g

potassium, alcool cétylique, glycérol, paraffine liquide, polysorbate 60, vaseline, eau purifiée.

Ce médicament est un ANTIBIOTIQUE À USAGE TOPIQUE (D : Dermatologie).

## ◆ DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un antibiotique.

Il est préconisé dans les infections cutanées dues à certains germes (staphylocoques et streptocoques).

## ◆ ATTENTION !

### CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie à l'acide fusidique ou à l'un des excipients,
- infections mammaires lors de l'allaitement en raison du risque d'absorption du produit par le nouveau-né.

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

### MISES EN GARDE SPÉCIALES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

• La crème ne doit pas être appliquée sur l'œil.

• Ne pas utiliser la crème sur de trop grandes surfaces, en particulier chez le nourrisson.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.

### GROSSESSE - ALLAITEMENT

En cas d'allaitement, ne pas appliquer sur le sein.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

### EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NÉCESSAIRE POUR CERTAINS PATIENTS

Butylhydroxyanisole, sorbate de potassium.

## ◆ COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT

### POSOLOGIE

Une ou deux applications par jour après nettoyage de la surface infectée.

Limiter le traitement à une semaine, à titre indicatif.

DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée, application locale avec ou sans pansement. Éviter l'application en couche épaisse.

Cette présentation sous forme de crème est plus particulièrement adaptée aux lésions suintantes, macérées et dans les plis.

## ◆ EFFETS INDÉSIRABLES

COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES, ENTRAÎNER DES EFFETS PLUS OU MOINS GÉNANTS :

Dans certains cas, il est possible que survienne un eczéma allergique avec parfois des lésions éloignées du lieu de traitement :

il faut immédiatement arrêter le traitement et avertir votre médecin.

En fonction de l'absorption du produit à travers la peau, en particulier chez le nourrisson, la possibilité d'effets non souhaités au niveau du foie ne peut être exclue.

SIGNEALEZ À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON SOUHAITÉ ET GÉNANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNÉ DANS CETTE NOTICE.

## ◆ CONSERVATION

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

### PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

A conserver à température ambiante (inférieure à 25 °C).

## ◆ CONDITION DE DÉLIVRANCE :

CE MÉDICAMENT EST INSCRIT EN LISTE I

VOTRE PHARMACIEN NE POURRA VOUS EN DELIVRER QUE SUR ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.

CE MÉDICAMENT VOUS A ÉTÉ PERSONNELLEMENT PRESCRIT DANS UNE SITUATION PRÉCISE :

- IL PEUT NE PAS ÊTRE ADAPTÉ À UN AUTRE CAS

- NE PAS LE REUTILISER SANS AVIS MÉDICAL

- NE PAS LE CONSEILLER À UNE AUTRE PERSONNE

Fabriqué sous licence par POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane - Maroc

Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable