

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-695304

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4313

Société : 107037

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHAAGI Abdelmajid

Date de naissance : 03-04-1956

Adresse :

Tél. : 05 22 80 727

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

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 : CASABLANCA

Le : 09/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- VJ = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- B = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
CENTRE DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
de soins répétés en plusieurs séances ou actes  
soins comportant un ou plusieurs échelonnages  
et temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 860388

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAABI Abdelmajid  
Matricule : 4313 Fonction : Retraité Poste :  
Adresse : 6 RUE ABU OMAR EL HADJ R. WALILI 77 Casa  
Tél. : 05 22 80 72 75 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAABI Abdelmajid Age 03 04 56  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A CASABLANCA le 05 13 12 22 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION  
Matricule N° : 4313  
Nom du patient : Abdelmajid  
Date de dépôt :  
Montant engagé FACTURE  
Nombre de pièces jointes :  
860388 MUPRAS






## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/22	48,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

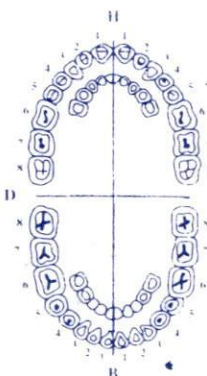
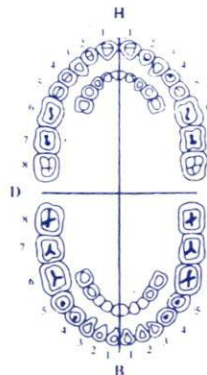
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	MONTANT DES SOINS
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PHARMACIE CHAABI  
DR KHADIJA CHAABI  
114 RUE NOUHASS EL NAHOU MAARIF CASA

Tél : 0522990922

Patente N°: 35707589  
N° R.C. :  
Compte :  
CNSS :  
Id.Fiscale :  
ICE : 001315320000097

Le: 05/03/2022

Mr CHAABI Abdelmajid

FACTURE : 3162 du : 05/03/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DOLIPRANE 1G CP	14,00	14,00	7,00%
1	H.E.C POMMADE	10,10	10,10	7,00%
1	TOPSYNE A.P.G. POMMADE DE	24,20	24,20	7,00%
Total TTC			48,30	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUARANTE HUIT DIRHAMS ET TRENTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	45,14	3,16	48,30
		45,14	3,16	48,30

صيدلية شحابي  
Pharmacie CHAABI  
Mme CHAABI K  
Rue Nohass El nahoui, Maarif  
Tél: 0522 99 09 22 - Casablanca



HEC

P.P.V. : 10,10 DH Tube de 25 g.

cutanée et nasale

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Dr. Maria MAFTOUH

Pharmacien Responsable

مختبرات المينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

FOR  
Pom  
COM

Tani  
Ham

Phénazone (DCL) ou

Excipients : .....qsp..... 100 g

Excipients à effet notoire : Lanoline – Baume de Pérou.

### PROPRIETES :

Protecteur cutané (D : dermatologie).

Préparation nasale (R : système respiratoire).

### INDICATIONS :

- Dermatologie : traitement local d'appoint des brûlures superficielles de faible étendue.

- Rhinologie : traitement local d'appoint au cours des épistaxis (saignements du nez).

### CONTRE-INDICATIONS :

HEC pommade ne doit pas être utilisée dans les cas suivants :

- Hypersensibilité à l'un des constituants de la pommade, notamment aux pyrazolés, au baume du Pérou, à la graisse de laine (ou lanoline).

- Lésions suintantes ou infectées.

*En cas de doute. Demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

### POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

#### Posologie :

- Dermatologie : 1 ou 2 applications par jour.

- Rhinologie : en imprégnation de mèches nasales.

### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Antisepsie préalable de la peau.

- Ne pas appliquer sur les lésions infectées.

#### Grossesse et Allaitement :

- Grossesse : sous avis du médecin ou du pharmacien, HEC pommade peut être utilisée pendant la grossesse.

- Allaitement : sous avis du médecin ou du pharmacien, HEC pommade peut être utilisée, en cas de nécessité, pendant l'allaitement mais en aucun cas elle ne devra être appliquée sur la poitrine.

*En cas de doute, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.*

*HEC pommade est un médicament. Ne pas laisser à la portée des enfants.*

### EFFETS INDESIRABLES :

Eczéma de contact.

Signaler, à votre médecin ou à votre pharmacien tout éventuel effet indésirable survenu lors du traitement par HEC pommade.

### CONSERVATION :

- A conserver à une température inférieure à 25°C.

- Ne pas dépasser la date limite d'utilisation figurant sur les conditionnements.

Délivrance : Libre.

HEC pommade / Tube de 25 g - AMM N° : 502

Exploitant : Laboratoires CHAUVIN BLACHE – France.

Fabriqué sous licence par : Laboratoires Pharmaceutiques GALENICA.

**Edition : FEVRIER 2012**

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES GALENICA



Casablanca - Maroc

NHCZA9VFA01

**Topsyne APG® 0,05%**

Pommade,

**TOPSYNE**

APG



Pommade dermique, tube de 15g



6 118000 120476

...ite avant de

...le la relire.  
...n doute,  
...à votre

...ert. Ne le donne  
...tômes identiques

...vous remarquez  
...ce, parlez-en à

**TOPSYNE APG**  
FLUCORTONIDE

24, 20

...r une dermatite péri-orale ou bien  
...le et contre-indications).  
...sation des plaies atones, des  
...tre-indications)  
...e en garde).  
...ses, une hypertrichose, des

...ment sous pansement occlusif ou  
...ques de contact ont été également  
...ides locaux.  
...les non mentionnés dans cette  
...a deviennent graves, veuillez en  
...micien.

#### PRECAUTIONS D'EMPLOI:

...de corticoïdes expose à la survenue  
...paradoxalement cortico-sensible, avec  
...ent sevrage progressif, particulièrement

difficile, est alors nécessaire.

En raison du passage du corticoïde dans la circulation générale, un traitement sur de grandes surfaces ou sous occlusion, peut entraîner les effets systémiques d'une corticothérapie générale, particulièrement chez le nourrisson et l'enfant en bas âge.

Ils consistent en un syndrome cushingoïde et un ralentissement de la croissance. Ces accidents disparaissent à l'arrêt du traitement, mais un arrêt brutal peut être suivi d'une insuffisance surrénale aiguë.

#### Précautions d'emploi

Chez le nourrisson, il est préférable d'éviter les corticoïdes. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanés pouvant survenir dans les plis ou sous les couches.

En cas d'infection bactérienne ou mycosique d'une dermatose cortico sensible, faire précéder l'utilisation du corticoïde d'un traitement spécifique.

Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit en être recherchée.

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

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :**

Sans objet

**GROSSESSE - ALLAITEMENT :**

**Grossesse**

Aucune étude de tératogénicité n'a été effectuée avec des corticoïdes locaux.

Néanmoins, les études concernant la prise de corticoïdes per os n'ont pas mis en évidence un risque malformatif supérieur à celui observé dans la population générale.

**Allaitement**

Lors d'un traitement per os, l'allaitement est à éviter car les corticoïdes sont excrétés dans le lait maternel.

Par voie locale, le passage transdermique et donc le risque d'excrétion du corticoïde dans le lait sera fonction de la surface traitée, du degré d'altération épidermique et de la durée du traitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

**EFFETS SUR LA CAPACITE DE CONDUIRE DES VEHICULES OU D'UTILISER DES MACHINES :**

Sans objet

**CONDUITE A TENIR EN CAS DE SURDOSAGE :**

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**INSTRUCTIONS EN CAS D'OMISSION D'UNE OU DE PLUSIEURS**

**DOSES :**

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

**RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE :**

Sans Objet.

Liste I

**PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION**

A conserver dans un endroit sec, à une température ambiante

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

Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte.

**NOM ET ADRESSE DE L'EPI TITULAIRE DE L'AMM AU MAROC ET FABRICANT :**

**POLYMEDIC**

Rue Amyot d'Inville, Quartier Ansalane

Casablanca-Maroc

Dr. M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

**DATE D'APPROBATION DE LA NOTICE**

Octobre 2019

#### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Composition :

Fluocortonide ..... Pour 100 g

Excipients ..... 50 mg

..... q.s.p. .... 100g

#### EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Alcool stéarique, propylène glycol.

**Classe pharmaco-thérapeutique :**

DERMOCORTICOÏDE d'activité modérée.

#### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

1. indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement :

- eczéma de contact
- dermatite atopique
- lichénification

2. indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels

- dermatite de stase
- psoriasis (à l'exclusion des plaques très étendues)
- lichen

- prurigo non parasitaire
- dyshidrose
- lichen scléro-atrophique génital
- granulome annulaire
- lupus érythémateux discoïde
- dermatite séborrhéique à l'exception du visage

- traitement symptomatique du prurit du mycosis fongoïde

3. Indications de circonstance pour une durée brève

- piqûres d'insectes et prurigo parasitaire après traitement étiologique.

La forme pommade est plus particulièrement destinée aux lésions sèches ou squameuses.

Remarque: Chaque dermatose doit être traitée par un corticoïde de niveau le mieux approprié en sachant qu'en fonction des résultats on peut être conduit à lui substituer un produit d'une activité plus forte ou moins forte sur tout ou partie des lésions.

#### COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Le traitement doit être limité à 1 à 2 applications par jour.

Une augmentation du nombre d'applications quotidienne risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Le traitement de grandes surfaces nécessite une surveillance du nombre de tubes utilisés.

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.

Certaines dermatoses (psoriasis, dermatite atopique...) rendent souhaitable un arrêt progressif, il peut être obtenu par la diminution de fréquence des applications et/ou par l'utilisation d'un corticoïde moins fort ou moins dosé.

#### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

- Hypersensibilité à l'un des constituants de la préparation.
- Infections primitives bactériennes, virales, fongiques ou parasitaires.
- Lésions ulcérées.
- Acné.
- Rosacée.

- Application sur les paupières (risque de glaucome).

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

#### EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

L'utilisation prolongée de corticoïdes d'activité modérée peut entraîner une atrophie cutanée, des télangiectasies (à redouter particulièrement sur le visage), des vergetures (à la racine des membres notamment, et survenant, plus volontiers chez les adolescents), un purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, une fragilité cutanée.

**Doliprane® 1000 mg**  
**PARACÉTAMOL**



6 118000 040972

**ne® 1000mg**

PPV: 14DH00

PER: 05/24

LOT: K1373



Q 1 mg) pour un comprimé.

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué pour le traitement de douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs douloureuses. Il peut également être prescrit pour le traitement de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**  
Lire attentivement la rubrique "Posologie".  
Demandez conseil à votre médecin.

**QUELLES SONT LES INFORMATIONS NECESSAIRES POUR PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?**

**Contre-indications :**

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

**PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :**

**Précautions Particulières :**

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

**Mises en garde :**

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

**Grossesse et allaitement :**

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

