

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 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-693462

109890



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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1554</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>BAGAAG KARIM</u>			
Date de naissance : <u>21/08/65</u>			
Adresse : <u>Rue 3 Villa 35 Bd Abi Lakhal El Oulef</u>			
Tél. : <u>066 1306662</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

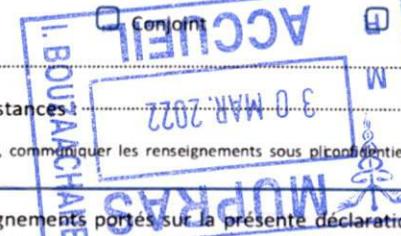
Nom et prénom du malade :

Age :

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.

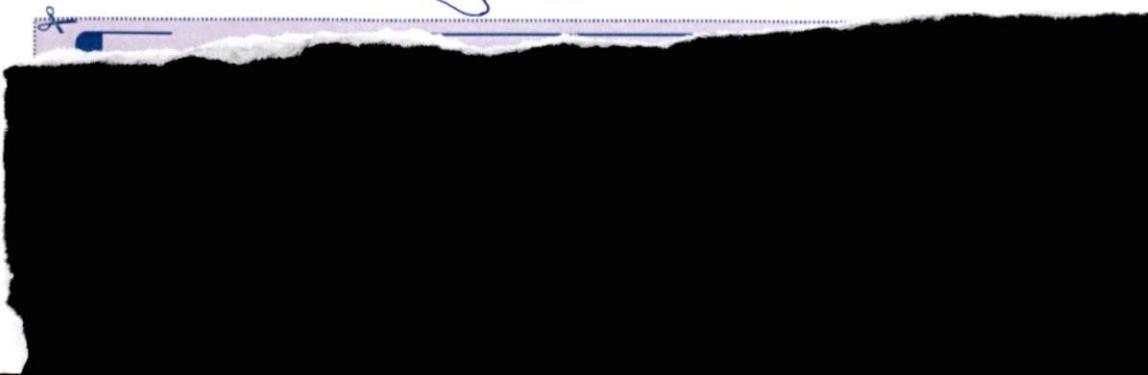
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

H. Bagag



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		53,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B 35533411 11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412 21433552		00000000 00000000		D 00000000 00000000		B 35533411 11433553	
H		G															
25533412 21433552		00000000 00000000															
D 00000000 00000000		B 35533411 11433553															
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

PHARMACIE LOUKKOS
YOUNES BELAYACHI
125.127 AV. OUED ZIZ - OULFA-
CASA

Taxe Profes. N°: 37989118

N° R.C. : 256277 N° CNSS : 2346882
N° ID.F. : 40482148 N° ICE: 001512220000076
Tel : 0522905107

Fax :

BAGDAD KARIM

Le : 18/02/2022

FACTURE N°: 3585/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	KETODERM CREME	27,30	7	27,30
1	SKINOSALIC POMMADE 30G	26,50	7	26,50
TVA 7%:		3.52	Total :	
			53,80	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
CINQUANTE TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

YOUNES BELAYACHI
PHARMACIE LOUKKOS
Tél. 0522905107
Fax: 0622905107

Skinosalic®

26,50

Formes et présentations :

Pommade : Tube de 30g

Lotion : Flacon de 30g

Composition :

SKINOSALIC Pommade

Bétaméthasone (DCI)		
dipropionate exprimé en	0,05g	0,05g
bétaméthasone.....		
Acide salicylique.....	3,00g	2,00g
Excipients q.s.p.....	100,00g	100,00g

Propriétés :

- Skinosalic associe dans sa formule, un dermo-corticostéroïde d'activité forte (classe II) : Le Bétaméthasone et un kératolytique : l'acide salicylique.

Indications :

Dermatoses corticosensibles à composante kératosique ou squameuse :

- lichenification
- psoriasis
- lichen
- dermite séborrhéique à l'exception du visage.
- la forme lotion adaptée plus particulièrement au traitement des affections du cuir chevelu, des régions pileuses et des plis.

Contre indications :

- Infections bactériennes, virales, fongiques, primitives et parasitaires, même si elles comportent une composante inflammatoire.
- Lésions ulcérées
- Acné et rosacée
- Hypersensibilité à l'un des composants.
- La forme pommade n'est pas adaptée aux lésions suintantes

Effets indésirables :

- Sont à craindre en cas d'usage prolongé : atrophie cutanée, télangiectasies, vergetures, purpura ecchymotique secondaire à l'atrophie, fragilité cutanée.
- Au visage, les corticoïdes peuvent créer une dermatite péri-orale ou bien créer ou aggraver une rosacée.
- Peut être observé un retard de cicatrisation des plaies atones, des escarres et des ulcères de jambes.
- Possibilité d'effets systémiques liés au corticoïde et/ou à l'acide salicylique.
- Ont été rapportées : éruptions acnéiformes ou pustuleuses, hypertrichose, dépigmentation.

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit être recherchée.
- Chez le nourrisson et le jeune enfant, il est préférable d'éviter Skinosalic. Il faut se méfier particulièrement des phénomènes d'occlusion spontanée pouvant survenir dans les plis ou sous les culottes imperméables.
- Skinosalic n'est pas destinée à l'usage ophtalmique ni à l'application sur les paupières ou les muqueuses.
- L'utilisation prolongée sur le visage des corticoïdes à activité forte expose à la survenue d'une dermite cortico-induite et paradoxalement corticosensible.

Posologie et mode d'emploi :

- Etaler doucement la pommade ou la lotion sur les lésions et faire pénétrer par un léger massage.
- Dans les affections du cuir chevelu, la lotion sera appliquée raié par raié, en dépassant largement la surface à traiter.
- Les applications seront limitées à 2 fois par jour pendant une à deux semaines, une augmentation du nombre d'applications risquerait d'aggraver les effets indésirables sans améliorer les effets thérapeutiques.

Conservation :

A conserver à l'abri de la chaleur

Liste I



Kétoderm®

kétoconazole*

forme et présentation

Crème à 2% - Tube de 10 g

composition

Kétoconazole

Sulfite de sodium (E221)

Excipient

Ce tube contient 200 milligrammes de kétoconazole.

mode d'emploi

En application sur la peau.

Ne pas avaler.

posologie usuelle

Se conformer à la prescription médicale.

indications thérapeutiques

Mycoses de la peau.

précautions d'emploi

- Prévenir le médecin en cas de grossesse.
- Le produit ne convient pas à l'usage ophtalmologique.
- Candidoses : Il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorisant la multiplication du Candida).
- En cas de dermite du siège du nourrisson, l'emploi de couches occlusives est à proscrire.

mise en garde

Ce produit contient des sulfites.

effets indésirables

Dans de rares cas, on peut observer une légère irritation ou une sensation de brûlure au lieu de l'application.

condition de délivrance

Ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

* Découverte de la recherche JANSSEN.



JANSSEN-CILAG S.A.

· Fabriqué sous licence par :
MAPHAR - Casablanca

L01 : 21E003
PER : 04 2024

KÉTODERM 2%
CRÈME T 10G

P.P.V : 21/03

6 118000 010920 g



40000310-01

IMPRIMEPEL 07/20 90115