

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Optique :

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

réclamation : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

Dhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

M22- N° 004523

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7537 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moustapha LATIFA / 111136

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 63 19 65 86 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

S =	Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
S =	Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
N/P/SY =	Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
=	Visite de jour au domicile du malade par le médecin
N =	Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
D =	Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
D =	Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
C =	Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
=	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 kinésithérapeute
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
- Le 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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
globaux comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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 Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 404530

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOUSTAOUI LATIFA  
Matricule : 7537 Fonction : Poste :  
Adresse : BY MANSOUR Rue des camilias n° 6 CASA  
Tél. : 06.63.19.45.86 Signature Adhérent : f

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOUSTAOUI LATIFA Age :  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : infectie urinaire  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :

A ... CASA, le 28.02.2022 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



### VOLET ADHERENT

DECLARATION	Matricule N° : 7537 N° 0404530
Nom du patient :	MOUSTAOUI LATIFA
Date de dépôt :	
Montant engagé :	841,00
Nombre de pièces jointes :	



#### **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
78/11/22	Vu	1	2600 D	 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Mme. SPB'TI Anisa Pharmacie du Marché Hay d'Amboise 10 Tél. 05 22 83 86 98	28/2/22	52,100

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/01/2023 28/01/2023 Médecin Expert Dr. A. S. J. N. Alshambat Afghanistan Téléphone: +93 22 90 31 01 Fax: 00 93 22 90 31 01 Email: info@asjn.org.af	28/01/2023	12	1	0	51x1000A = 5100

## 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.

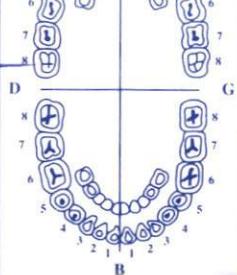
Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE  
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE DE CONTRACEPTION

الدكتور جواد حسيني عراقي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمصر اسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

المستعجلات  
Urgences  
06 61 14 44 02

casablanca.le:

Moustaqui

S.P.

S.P.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

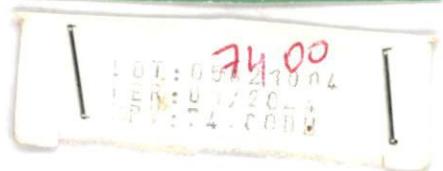
S.V.



LOT 201171  
EXP 04/2023  
PPV 30.000 HODD

122 شارع أفغانستان الحي الحسني الدار البيضاء 20230 - البريد: 95 36 90 01 / 0522 90 31 01 - الفاكس: 0522 90 36 95 - البريد الإلكتروني: dr\_arraqijawad@hotmail.com

122, Bd. Afghanistan Hay El Hassani - Casablanca 20230 - Tél.: Cab. : 0522 90 31 01 / 0522 90 36 95 - Fax: 05 22 90 23 17 - E-mail : dr\_arraqijawad@hotmail.com

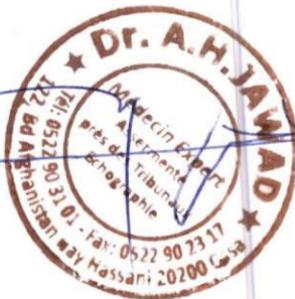


le 28 - 02 - 2022

R

$$12 \text{ g} \times 10 \text{ M} = 120 \text{ M}$$

(cut vinyl) ~~dr~~ ~~Mr~~  
HOOSTAONI ~~WAFID A~~



Soulager différemment **IZEN**

DISPAGETTE  
gaster-décomposition  
RELIJU  
SANDWICH DE  
Bouillon sucreux YOUN  
HILICO ACTELE  
gastric-décomposition  
RELIJU

# MYCODERME

nitrate d'

**COMPOSITION QUANTITATIVE PAR 100 grammes**

Crème :

nitrate d'éconazole (D.C.I.) .....

excipients .....

Poudre :

nitrate d'éconazole (D.C.I.) .....

acide borique .....

autres excipients .....

**COMPOSITION QUANTITATIVE PAR OUVI**

nitrate d'éconazole (D.C.I.) .....

excipients .....

## PROPRIETES

Le nitrate d'éconazole est un dérivé imidazolé possédant une activité antifongique à large spectre. Il est actif sur presque tous les champignons pathogènes et sur les bactéries gram positives.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Crème :

traitement local des mycoses ou infections dues à des champignons, levures et bactéries sensibles à l'éconazole, de type dermique, vulvo-vaginal, et anal : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital, anal ou périanal, onyxis et périonyxis, vulvite, balanite perlèche, condidose du siège du nourrisson, dermatophyties, pityriasis versicolor, érythrasma.

Poudre :

Traitements locaux des mycoses suintantes sensibles à l'éconazole : intertrigo génital, interdigital, anal ou périanal à condida, intertrigos génitaux et cruraux à dermatophytes, pied d'athlète.

Ovules :

Traitements des mycoses vulvo-vaginales surinfectées ou non par des bactéries gram positives.

## POSOLOGIE

- La crème doit être appliquée une à deux fois par jour (matin et soir). Le traitement doit être prolongé durant 2 à 5 semaines jusqu'à disparition complète des lésions, pour garantir la guérison.
- La poudre doit être appliquée une à deux fois par jour. Même si les lésions locales disparaissent rapidement, il est recommandé de continuer le traitement durant 15 jours.
- ovules : La posologie usuelle est de 1 ovule le soir au coucher, à introduire profondément dans le vagin pendant 3 jours consécutifs. En cas de mycoses rebelles ou récidivantes, une deuxième cure de 3 jours peut être nécessaire.

## CONTRE-INDICATIONS

Hypersensibilité connue à l'éconazole ou à un autre produit du groupe.

## EFFETS INDESIRABLES

- Rarement, il peut y avoir des cas de prurit ou de sensation de brûlure dans la zone traitée.
- Du fait que la poudre renferme comme excipient, l'acide borique, son utilisation continue, sur une peau lésée, sur une grande surface cutanée et chez le nourrisson, peut entraîner éventuellement des effets systémiques.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Eviter l'utilisation concomitante de savons à pH acide en cas de candidoses.
- Il est recommandé d'associer un traitement par voie générale dans le cas des teignes du cuir chevelu, des infections unguéales dues aux dermatophytes.

## CONDITIONS DE CONSERVATION

Conserver le produit dans un endroit frais et sec.

## PRESENTATION

MYCODERME crème : tube de 40 g de crème.

MYCODERME poudre : flacon de 30 g de poudre.

MYCODERME ovules 150 mg : étui de 3 ovules .

**LES MEDICAMENTS DOIVENT ETRE MAINTENUS HORS DE LA PORTEE DES ENFANTS.**



Fabriqué par le Laboratoire pharmaceutique IBERMA  
sous-licence des laboratoires A.S.A.C

**MYCODERME® 1%**  
**Nitrate d'éconazole**

LOT: 08018023  
PER: 03-2023  
PPU: 36,70 DH

# **SEDASTERIL +**

**CREME I  
ANTI-BAC**

~~SD25 0924  
LOT PER~~  
~~Prix~~ 65.00

## **COMPOSITION :**

Aqua, Sodium Chloride, Cocamide Dea, Cocamidopropyl bétaine, Lauryl betaine, Peg-7 Glyceryl Cocoate, Glycerin, Chlorphenesin, Salicylic Acid, Sodium Benzoate, Parfum, Magnesium Salts (Chloride And Nitrate), Sodium Hydroxide, Methylchloroisothiazolinone, Methylisothiazolinone.

## **CONSEILS D'UTILISATION :**

- Hygiène des peaux fragiles ou sèches de l'enfant à partir de 3 ans et de l'adulte (convient aux femmes enceintes ou allaitantes).
- Toilette intime quotidienne.

# Gyno Pevaryl® 150 mg

Nitrate d'éconazole

Ovule

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.**

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

GYNO PEVARYL doit uniquement être administré dans le vagin. Ce médicament ne doit pas être avalé.

## Mises en garde spéciales

locales, d'irritation et une augmentation des démangeaisons. Généralement, ces phénomènes cèdent spontanément à la poursuite du traitement. Si les symptômes persistent au-delà de 24 à 48 heures, interrompez le traitement et consultez votre médecin.

### Prise ou utilisation d'autres médicaments

N'utilisez JAMAIS GYNO PEVARYL en association avec un diaphragme ou un préservatif en latex, en raison du risque de rupture.

GYNO PEVARYL est déconseillé en association avec les produits spermicides (produits utilisés pour détruire les spermatozoïdes), car cela pourrait rendre inactifs ces produits.

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

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

### Allaitement

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament mais la prudence s'impose.

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

### 3. COMMENT UTILISER GYNO PEVARYL 150 mg, ovule ?

#### Posologie

Dans la majorité des cas, la durée du traitement est de 3 jours consécutifs : introduire profondément dans le vagin

1 ovule le soir au coucheur, de préférence en position allongée. La façon la plus facile de procéder est de vous allonger sur le dos, les genoux repliés et écartés.

Respectez la durée de traitement préconisée, même si les symptômes (par exemple, démangeaisons et pertes blanches) ont disparu ou si vos règles débutent.

Si votre mycose persiste, une seconde cure de 3 ovules peut être nécessaire, soit immédiatement après la première cure,

# ALGIXENE® 500 mg, boîte de 12 suppositoires

D.C.I : Naproxène

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou 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 votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

## • Que contient cette notice :

- Où est-ce que **ALGIXENE®** et dans quel cas est-il utilisé ?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **ALGIXENE®** ?
- Comment prendre **ALGIXENE®** ?
- Quels sont les effets indésirables éventuels ?
- Comment conserver **ALGIXENE®** ?
- Informations supplémentaires

## 1. QU'EST-CE QUE **ALGIXENE®** ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

ANTI-INFLAMMATOIRE, ANTIRHUMATISME NON STÉROIDIEN - code ATC : M01AE02

Ce médicament est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- En traitement de longue durée de :
  - o certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
  - o certaines arthroses sévères;
- En traitement de courte durée de :
  - o certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaulement douleur aiguë),
  - o douleurs aigües d'arthrose,
  - o douleurs lombaires aigües,
  - o douleurs aigües liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
  - o douleurs et edémètes liés à un traumatisme;
- Lors des règles douloureuses.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE **ALGIXENE®** ?

### - Ne prenez jamais **ALGIXENE®** dans les cas suivants :

- Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée).
- Antécédent d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine).
- Antécédent d'allergie à l'un des constituants du suppositoire.
- Antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS.
- Ulcère de l'estomac ou duodénum ancien en évolution ou récidivant.
- Maladie grave du foie.
- Maladie grave des reins.
- Maladie grave du cœur.
- Inflammation ou saignements récents du rectum (contre indication liée à la voie d'administration du traitement).

### - Mise en garde et précaution d'emploi :

Consultez votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre **ALGIXENE®** : Les médicaments tels que **ALGIXENE®** pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (= infarctus du myocarde \*) ou d'accident vasculaire cérébral. Le risque est d'autant plus important que les doses utilisées sont élevées et la durée de traitement prolongée.

Ne pas dépasser les doses recommandées ni la durée de traitement.

Si vous avez des problèmes cardiaques, si vous avez eu un accident vasculaire cérébral ou si vous pensez avoir des facteurs de risques pour ce type de pathologie (par exemple en cas de pression artérielle élevée, de diabète, de taux de cholestérol élevé ou si vous fumez), veuillez en parler avec votre médecin ou à votre pharmacien.

**CE MÉDICAMENT NE DOIT ÊTRE PRIS QUE SOUS SURVEILLANCE MÉDICALE. AVANT D'UTILISER CE MÉDICAMENT, PREVENIR VOTRE MÉDECIN EN CAS :**

- D'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de ce médicament peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains patients allergiques à l'acide acétylsalicylique (aspirine) ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien (voir rubrique « Ne prenez jamais **ALGIXENE®** dans les cas suivants »).
- De troubles de la coagulation, de traitement anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.

- D'antécédents digestifs (hémorragie digestive, hernie hiatale, ulcère de l'estomac ou duodénum anciens).
- De maladie du cœur, du foie ou du rein.
- De traitement par diurétique ou d'intervention chirurgicale récente.

**AU COURS DU TRAITEMENT, EN CAS :**

- De signes d'infection, PREVENIR VOTRE MÉDECIN.
- De troubles de la vue, PREVENIR VOTRE MÉDECIN.

• De signes évocateurs d'allergeie à ce médicament, notamment crise d'asthme, urticaire, brusque gonflement du visage et du cou, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET

## - Grossesse et allaitements :

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

## Grossesse

### A

### S

### a

### h

### h