

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000 63 04

Société : Royal Air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELJALIL ENOUSKI

Date de naissance : LISSAFA 10 T EL KOUZ NMA EL NASS

Adresse :

Tél. : 07 111 96 96 9 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  Conjointe  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) :

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue Lissabon Extensio - CASANLANCA Tél: 05 22 93 76 40</i>	13/05/92	20,10 x 2 40,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

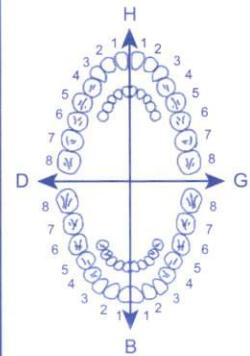
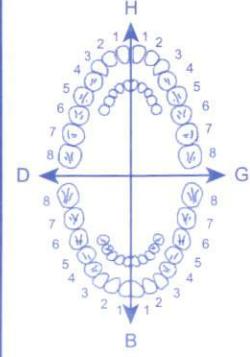
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	35533411
B	11433553

**[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



## PHARMACIE L'EXTENSION

lotissement operation lissasfa 129 E

DR HICHAM REDOUANE

R.C :286586 casa

Patente: 36210460

T.V.A.

C N S S:6412663

Tél : 0522 93 48 40

Le 19/09/2022

FACTURE N°372592

N° ICE : 00049070000039

N° IF : 50821330

ENOUSKI AHMAD

2

ICE N° :

Qté	Désignation	PPH Unitaire	% Remise	PPH NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	CLENIDERME CREME	20,00	0,00	20,00	40,00		40,00	2,62	7,00

PHARMACIE L'EXTENSION  
24 Rue Aliscasta  
Extension - CASABLANCA  
Tél: 03 22 93 48 40

**BRUT TTC** 40,00 - Remise 0,00 = **NET TTC** 40,00

**TVA 7% Base :** 37,43 **Montant :** 2,62 **TVA 20% Base :** Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :*

### **Quarante dirhams**

# CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

## Composition :

Béclométhasone dipropionate .....	0,025 g
Excipients (dont propyléneglycol, Chlorocrésol) q.s.p. ....	100 g

## Propriétés :

CLENIDERM est un dermocorticoïde.

Il est actif sur certains processus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet prurigineux qui leur est lié. Vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

## Indications thérapeutiques :

- Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement : eczéma de contact, dermatite atopique, lichenification.
- Indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels : dermite de stase, psoriasis (à l'exclusion des plaques très étendues), lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose, lichen scléro-atrophique génital, granulome annulaire, lupus érythémateux discoïde, dermite séborrhéique à l'exception du visage, traitement symptomatique du prurit du mycosis fongique.
- Indications de circonstance pour une durée brève : piqûres d'insectes, après traitement étiologique.

## Contre-indications :

Dermatoses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires ; dermatoses vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné) ; lésions ulcérées.

## Effets indésirables :

Ils résultent, en règle générale, d'une mauvaise utilisation : durée excessivement longue, puissance trop importante du produit sont responsables d'effets indésirables. Si la surface d'application est très étendue, des effets systémiques peuvent apparaître.

## Précautions d'emploi :

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

Suivre les recommandations du médecin.

Ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Ne pas appliquer sur les seins lors de l'allaitement en raison du risque d'ingestion du produit par le nouveau-né.

## Mode d'emploi et posologie :

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

Il est conseillé d'appliquer le produit en couches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

## Forme et présentation :

Crème - Tube de 30 g

## Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

PHARMACIE EXTENSION  
24 Rue 8 Lissasfa  
Extension - CASABLANCA  
Tél: 05 22 93 48 40