

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-006185

17/09/23

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11162 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

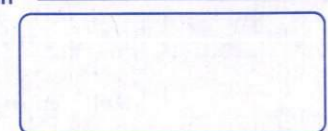
Nom & Prénom : Bchtoui Rajas

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### 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 : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

**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



# 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  
V = 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  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = 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 échelonnées
- 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 prévenir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

374517

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ECHTIOU Raja  
Matricule : 11142 Fonction : Gestionnaire  
Adresse : Dagala rue G N° 58 Ap 13 Res Houla  
Tél. : 0664 072 972 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Moustaghfir Ahmed Yassine Age 18  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 1.02.23  
Nature de la maladie : Affection Dermatologique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A Casablanca le 01/02/2023 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

374517

Matricule N° : .....  
Nom du patient : Ahmed Yassine  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé : 300 + 562,20  
Nombre de pièces jointes : 3 pièces





## 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
21/02/		2	300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. A. KHERRI Rue 21/02/	21/02/	562,00

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

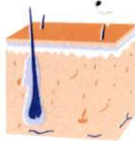


# Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles  
Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles  
Greffes des cheveux  
Cosmétologie - Laser

Ancien Interne du CHU de Lille  
Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy  
Ancien Assistant du CHU de Bruxelles  
Ancien Médecin des Hôpitaux militaires  
Membre de la société Française de Dermatologie



## الدكتور عبد الله مورتاقي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية  
أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر  
زرع الشعر  
طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل  
رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي  
مساعد سابق بمستشفى بروكسل  
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية  
عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le 01/02/2023 في الدار البيضاء.

Mr: MOUSTAGHIR ALI YASSINE

1) Teguna 250

2) Ketoderm

64,00

3) conchona Extra

4) Mychogen =

1600

5) Amth...

1 cpl / 1 p / 1 d / 1 m

sachet / 1 cpl / 1 p / 1 d / 1 m

Hydrocort

Dermi =

Myodan = 1

phl w. l. l. l.

LOT :  
PER :  
PPV : 64,00

maphar  
Bd Alkima N° 6, OI, Sidi Bernoussi,  
Casablanca - Maroc  
KETODERM 2% GEL SAC B8  
P.P.V. : 84DH20  
6 118001 181490

PHARMACIE DERB EL KHEIR  
Dr. Adil ABOUTIKA  
Rue 23 N° 63-65-67  
Derb El Kheir (Village  
Maroc)

PHARMACIE DERB EL KHEIR  
Dr. Adil ABOUTIKA  
Rue 23 N° 63-65-67  
Derb El Kheir (Village  
Maroc)

# **TEGUMA® 250 mg,** comprimé sécable en boîtes de 7, 14 & 28.

Terbinafine

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 toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre médecin ou à 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 à votre pharmacien.

## **1. Composition du médicament**

- **Composition qualitative et quantitative en substance(s) active(s) par unité de prise :**

Terbinafine (DCI) ..... 250.00mg

Sous forme de Chlorhydrate Terbinafine ..... 281.33mg

- **Composition qualitative en excipients :**

Excipients : Cellulose microcristalline, carboxyméthylamidon sodique (type A), povidone K-30, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.

- **Liste des Excipients à effet notoire :**

Sans objet.

## **2. Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité**

TEGUMA® 250 mg appartient à une famille de médicaments appelés les antifongiques. Ils agissent en détruisant les champignons microscopiques (maladies appelées mycoses).

## **3. Indications thérapeutiques**

Ce médicament est utilisé pour traiter certaines infections provoquées par des champignons de la peau et des ongles.

## **4. Posologie**

- **Mode et voies d'administration :**

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

• La dose habituelle est de 1 comprimé par jour.

• Le comprimé est à prendre de préférence au cours d'un repas.

• Avez le comprimé à l'aide d'un verre d'eau.

- **Durée du traitement :**

La durée du traitement vous sera indiquée par votre médecin. Il est important de savoir que la disparition complète des symptômes de l'infection ne peut arriver que plusieurs semaines après la mise en place du traitement (voire même après l'arrêt du traitement).

## **5. Contre-indications**

Ne prenez jamais TEGUMA® 250 mg, comprimé sécable :

• Si vous êtes allergique à la terbinafine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la composition.

• Si vous avez une maladie grave du foie.

• Si vous avez une maladie grave des reins.

• Si vous avez eu une éruption de pustules blanchâtres avec des rougeurs sur la peau et de la fièvre à la suite d'un traitement par TEGUMA® 250 mg.

## **6. Effets indésirables**

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

**Effets indésirables très fréquents (pouvant affecter plus de 1 personne sur 10) :**

• des maux de tête,

• des troubles digestifs (douleurs ou gêne abdominales, diminution de l'appétit, difficultés de digestion, nausées, diarrhées),

• des réactions sur la peau (éruptions de boutons, urticaire) sans gravité,

• des douleurs  
Effets indésirables  
personnes

• une dépression

• une perte de poids  
habituellement  
traitement,

• des étourdissements

• une fatigue

• une vision floue

**Effets indésirables**

**personnes**

• une baisse de la

peau, une éruption

(anémie),

• une anxiété

• des fourmillements

au toucher,

• une perte de poids

qu'ils n'existent

• une sensibilité

entraînant des

sons, coups de

• une fièvre,

• une perte de

goût.

**Effets indésirables**

**personnes**

• Des démangeaisons

persistantes, ou

à droite, des

coloration jaun

- d'une maladie

pouvant excep

transplantation

- d'une atteinte

foie, une color

- d'une jaunisse

bile pouvant s'a

- d'une atteinte

la concentration

**Effets indésirables**

**personne sur 1**

• des éruptions

peau et de la fi

• une diminution

globules blancs

et/ou une baisse

• un malaise, une

connaissance,

gonflement du vis

à respirer. Il peut

• une maladie gra

• un décollement

muqueuses (inté

génétales...) qui

progresse rapide

et s'accompagne

de cloques, d'une

fièvre et de maux

de gorge (angine),

• une réaction de

la peau due au

médicament,

• une éruption au

niveau de la

peau sous forme

de vésicules

ou de cloques,

• une apparition

de lésions cutan

ées (psoriasis) ou

une

aggravation de

ces lésions,

• des pustules

(cloques cont

enant du pus)

et des rougeurs

s'accompagnant

d'une fièvre,

• une perte de

cheveux.

**Effets indésirables dont la fréquence est inconnue :**

• une maladie

sérieuse : un

syndrome ass

ociant fièvre,

urticaire,

augmentation

de volume des

ganglions lym

phatiques qui

peuvent deven

ir douloureux

(lymphadénop

athie), douleurs

LOT : 220594

EXP : 05/2025

PPV : 199,00DH

LOT N° :

LOT N° :

PPV (DH) :



أقراص قابلة للسكر

28 x 28

TEGUMA® 250 mg  
28 comprimés sécables

معدة - 101054



COOPER PHARMA