

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

- Reclamation : 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **7393**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RAADI HAMID**

01/01/65

Date de naissance : **01/01/65**

Adresse : **WILFA 1 512 N°3 CASA**

Tél. : **0661731700**

Total des frais engagés : **927,60**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29 OCT. 2019**

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NON PAS

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.

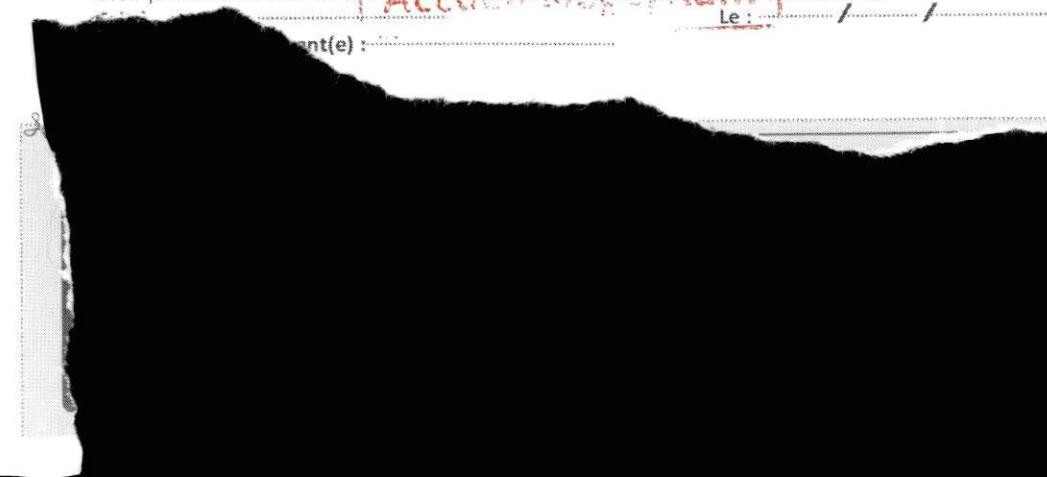
29 OCT. 2019

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.

Accordé par Ram

Le :

ent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																															
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF</p> <table border="1"> <tr> <td>SOINS DENTAIRES</td> <td>Dents Traitées</td> <td>Nature des soins</td> <td>Coefficient</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Coefficient des soins</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Montant des soins</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Début d'exécution</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Fin d'exécution</td> </tr> <tr> <td>O.D.F. Prothèses dentaires</td> <td colspan="3">Détermination du coefficient masticatoire</td> </tr> <tr> <td></td> <td>D</td> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>				SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient								Coefficient des soins				Montant des soins				Début d'exécution				Fin d'exécution	O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				D	H	G		25533412 00000000	21433552 00000000			00000000 35533411	00000000 11433553		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																												
			Coefficient des soins																																												
			Montant des soins																																												
			Début d'exécution																																												
			Fin d'exécution																																												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																																														
	D	H	G																																												
	25533412 00000000	21433552 00000000																																													
	00000000 35533411	00000000 11433553																																													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																															
VOLET ADHERENT	NOM : _____ Mle _____																																														
DECLARATION N°	W18-374936																																														
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																																													
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																																															
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																																															

	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	W18-374936	DATE DE DEPOT/...../201...												
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 7389															
Nom & Prénom RADI HAMID Fonction : C-C Phones. 0661381800 Mail radi@royalairmaroc.com															
MEDECIN Prénom du patient JANATE IDRISI LAILA Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____ Date _____ Nature de la maladie _____ Date 1ère visite _____															
Dermatose S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 															
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>CS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	CS								
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires													
CS															
PHARMACIE Date 24.09.19 Montant de la facture 927,60															
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : _____ Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____ <table border="1"> <tr> <td colspan="4">Nombre</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nombre				AM	PC	IM	IV				
Nombre															
AM	PC	IM	IV												

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénéreologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الكتورة زهير كوتلر

إختصاصية في الأمراض

الجلدية و التناسلية المحسّنة

و علم التجميل و الليزر

Casablanca, le

24 SEP, 2019

Que Tamati Tolueki Latif²⁴

29, w Helianthus annuus Cyperal

54

Mr. tile He le Sa: :
me nice et secher
x J.

260 ~

ref: onyx

ample size $\times 3$

199. n

31)

Technie op Bouw

May 3 x 1 mai

321 (2) le Céyl meris
1 am 1 reueux

n° 9.7

521 Mycodermie pseudos
1 am 1 mai

17/05/07

521

601 Dermoval teneur
le S 21 x 1g.



Dr. ZOUHAIR KAWTAR
Professeur
Dermato-Venerologie
Allergologie
452, Bd de la Houme
Appt N° 207, 2^{eme} Etage
Centre Algérien d'Anéau / Laser
Tél: 05 22 66 22 26 / Fax: 05 22 86 53 73

1 S 12 x 1g.
1 S 13 x 1g.

Plaute



TERFINE 250mg PROMOPHARM® Terbinafine -

ntivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

ent des informations importantes sur votre traitement et sur votre maladie.

avez d'autres questions, si vous avez un doute, n'hesitez pas à demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

ette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

DEFINITION DU MEDICAMENT :

ation :

IE 250mg PROMOPHARM®, Comprimé.

osition :

Terbinafine (DCI) 250,00mg
Sous forme de chlorhydrate de terbinafine 281,28mg

Excipients : Carboxyméthylamidon sodique (type A), cellulose microcristalline, hypromellose, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

Forme pharmaceutique :

Comprimé. Boîtes de 7 ; 14 et 28.

2. QU'EST-CE QUE TERFINE 250MG PROMOPHARM® COMPRIME ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE?

Classe pharmaco thérapeutique :

Agent oral antifongique.

Indications

Il est indiqué dans le traitement de certaines infections provoquées par des champignons de la peau et des ongles.

3. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE

LOT 19007
PER 07/22
PPV 199 DH 00

199,00



un médecin ou un service d'urgence en cas :

- d'éruption de pustules blanchâtres caractérisée par la survenue brutale d'un érythème associé à une fièvre,

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N° 07 DMP/21/NCN
PPV: 321,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070381

VERNIS A ONGLES MEDICAMENTEUX

LOCERYL 5 POUR CENT, vernis à ongles médicamenteux
Amorolfine

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'informations 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.

NOTICE: INFORMATION POUR L'UTILISATEUR

1. DENOMINATION :

MYCODERME® 1 % Poudre dermique Flacon de 30 g DCI : Nitrate d'éconazole

Veuillez lire attentivement 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.

2. COMPOSITION DE MYCODERME® 1 % Poudre dermique

Composition en substance active

La substance active est le nitrate d'éconazole

MYCODERME® 1% Poudre dermique : chaque flacon de 30 g contient 0,3 g de nitrate d'éconazole.

Composition en excipients

Les autres composants sont :

Acide borique		LOT : 08219008
Oxyde de zinc	e	PER : 04-2024
Stéarate de magnésium		PPU : 49,00 DH
Silice colloïdale anhydre		
Talc		g

LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET

Ce médicament contient de l'acide t.

Flac.

3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITÉ

MYCODERME® 1% Poudre dermique fait partie d'un groupe de médicaments appelés dérivés de l'imidazole doué d'une activité antifongique et antibactérienne.

4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines mycoses (affections cutanées dues à des champignons).

Candidoses :

Traitements de mycose des plis macérées : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital...

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

Dermatophyties :

Traitements :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Garde.
- Si vous • Ce mét même :
- Si vous aussi à



Que contient

1. Qu'est-ce
2. Quelles
3. Commer
4. Quels so
5. Commen
6. Contenu

crème et dans quels cas est-il utilisé ?
laître avant d'utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
%, crème ?
entuels ?
)5 %, crème ?
ormations.

1. QU'EST-

•, u,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Garde.
- Si vous • Ce mét même :
- Si vous aussi à



Que contient

1. Qu'est-ce
2. Quelles
3. Commer
4. Quels so
5. Commen
6. Contenu

crème et dans quels cas est-il utilisé ?
laître avant d'utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
%, crème ?
entuels ?
)5 %, crème ?
ormations.

1. QU'EST-

•, 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Garde.
- Si vous • Ce mét même :
- Si vous aussi à



Que contient

1. Qu'est-ce
2. Quelles
3. Commer
4. Quels so
5. Commen
6. Contenu

crème et dans quels cas est-il utilisé ?
laître avant d'utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
%, crème ?
entuels ?
)5 %, crème ?
ormations.

1. QU'EST-

•, 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

DERMOVAL 0,05 %, crème

Propionate de clobétasol

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Garde.
- Si vous • Ce mét même :
- Si vous aussi à



Que contient

1. Qu'est-ce
2. Quelles
3. Commer
4. Quels so
5. Commen
6. Contenu

crème et dans quels cas est-il utilisé ?
laître avant d'utiliser DERMoval 0,05 %, crème ?
%, crème ?
entuels ?
)5 %, crème ?
ormations.

1. QU'EST-

•, 0,05 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01