

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° W19-478361

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7389 Société : .....

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

Nom & Prénom : RADI HAMID

Date de naissance : 01/01/65

Adresse : WIFA 122 N°3 CASA

Tél. : 0661331200 Total des frais engagés : 927,60 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 : .....

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.

23 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.

Le : ..... / ..... / .....  
Signature : .....  
Nom(e) : .....

### 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																		
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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553								
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<table border="1"> <tr> <td>Montant des soins</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Début d'exécution</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fin d'exécution</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date du devis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fin de</td> <td></td> </tr> </table>				Montant des soins		Début d'exécution		Fin d'exécution		Date du devis		Fin de						
Montant des soins																		
Début d'exécution																		
Fin d'exécution																		
Date du devis																		
Fin de																		
<table border="1"> <tr> <td>VOLET ADHERENT</td> <td>NOM : .....</td> <td>Mle</td> </tr> <tr> <td>DECLARATION N°</td> <td>W18-374936</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>927,60</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">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</td> </tr> </table>				VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mle	DECLARATION N°	W18-374936		Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		927,60		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		
VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mle																
DECLARATION N°	W18-374936																	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																
	927,60																	
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 0661381600	
Mail		hradi@royalairmaroc.com	
MEDECIN		Prénom du patient	JANATE IDRISSE LAILA
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite .....	
Dermatose		24/09/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....			
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 : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique

Laser



الدكتورة زهير كوتر

إختصاصية في الأمراض

الجلدية و التناسلية الحساسية

و علم التجميل و الليزر

Casablanca, le

24 SEP, 2019

Que Tamati Idhifi Latif

29.11

1el lauer au Cytéal



1 trille le Sav.  
me ruer et secher  
X 7j.

26.11

2el

onyxte



1 app le Sav. X 7j.

19.11

3el

Terfnie Cp 150uf



1 Cp 15 X 1 mois

321 (x2)

locéngl ueris  
1 appl semaine

u9.2

se/ Mycodermine powder  
1 appl mois  
Champ

17.40x"

60l

Dr. ZOUHAIR KAWTAR  
Professeur  
Dermato - Vénérologie  
Dermato - Allergologie  
Dermatologie Esthétique / Laser  
432, Bd. Moumen Center Angles / Lase  
Appt N° 207, 2ème Etage Au Dessus De La Brioches Dorée  
Tel: 05 22 66 22 20 Fax: 05 22 66 53 73

unoval tene  
le 50x10.

1.5/12x10.  
1.5/13x10.

plante



# TERFINE 250mg PROMOPHARM®

## Terbinafine

ntivement l'intégralité de cette notice avant de prendre  
ament.

ent des informations importantes sur votre traitement  
maladie.

avez d'autres questions, si vous avez un doute,  
z plus d'informations à votre médecin ou à votre  
en.

cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

### IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

ation :

IE 250mg PROMOPHARM®, Comprimé.

sition :

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 UTILISÉ ?

**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 199DH00

199,00



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,

Loc

a m o

VERNIS A ONGLES MEDICAMENTEUX

**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



**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.

**Dans cette notice :**

## 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 .....

Oxyde de zinc .....

Stéarate de magnésium .....

Silice colloïdale anhydre .....

Talc .....

LOT: 08219008  
PER: 04-2024  
PPV: 49,00 DH

#### LISTE DES EXCIPIENTS À EFFET

Ce médicament contient de l'acide b

### 3. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

**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 :

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

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

##### Dermatophyties :

Traitement :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL 0,05 %, crème

## Propionate de clobétasol

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

- Gardez-le à l'abri de la lumière.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé par d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si vous êtes sûr qu'il ne leur fera rien.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

avoir besoin de la relire.

terrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

nellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si vous êtes sûr qu'il ne leur fera rien.

ffet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique à tous les médicaments. Voir rubrique 4.



### Que contient-elle ?

1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment l'utiliser ?
4. Quels sont les effets secondaires ?
5. Comment l'utiliser ?
6. Contenu.

crème et dans quels cas est-il utilisé ?

Maître avant d'utiliser DERMOMAL 0,05 %, crème ?

%, crème ?

entuels ?

05 %, crème ?

ormations.

### 1. QU'EST-CE QUE C'EST ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL 0,05 %, crème

## Propionate de clobétasol

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

- Gardez-le à l'abri de la chaleur.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé par d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si vous êtes sûr qu'il leur ferait du bien.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

avoir besoin de la relire.

terrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

nellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, si vous ne suivez pas les instructions de votre médecin ou de votre infirmier/ère.

ffet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique à tous les médicaments. Voir rubrique 4.

ID : 632577

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 17,40 DH



### Que contient-elle ?

1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment l'utiliser ?
4. Quels sont les effets secondaires ?
5. Comment l'utiliser ?
6. Contenu.

crème et dans quels cas est-il utilisé ?

Maître avant d'utiliser DERMOTAL 0,05 %, crème ?

%, crème ?

entuels ?

05 %, crème ?

ormations.

### 1. QU'EST-CE QUE C'EST ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL 0,05 %, crème

## Propionate de clobétasol

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

- Gardez-le à l'abri de la chaleur et de l'humidité.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament est destiné à être utilisé par voie locale.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

avoir besoin de la relire.

terrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

nellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, et sont identiques aux vôtres.

effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique à tout effet indésirable mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.



### Que contient-elle ?

1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment l'utiliser ?
4. Quels sont les effets secondaires ?
5. Comment l'utiliser ?
6. Contenu.

crème et dans quels cas est-il utilisé ?

Maître avant d'utiliser DERMOMAL 0,05 %, crème ?

%, crème ?

entuels ?

0,05 %, crème ?

ormations.

### 1. QU'EST-CE QUE C'EST ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL 0,05 %, crème

## Propionate de clobétasol

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

- Gardez-le à l'abri de la lumière.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé par d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si vous êtes sûr qu'il leur ferait du bien.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Si vous avez des questions, consultez votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

avoir besoin de la relire.

terrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.

nellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si vous êtes sûr qu'il leur ferait du bien.

ffet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique à tous les médicaments. Voir rubrique 4.

ID : 632577

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 17,40 DH



### Que contient-elle ?

1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Quelles sont les indications ?
3. Comment l'utiliser ?
4. Quels sont les effets secondaires ?
5. Comment l'utiliser ?
6. Contenu.

crème et dans quels cas est-il utilisé ?

Maître avant d'utiliser DERMOTAL 0,05 %, crème ?

%, crème ?

entuels ?

05 %, crème ?

ormations.

### 1. QU'EST-CE QUE C'EST ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01