

# 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

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.

## Adresses Mails utiles

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

N° P19-0038709

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8754 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELLAH

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 :

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-038709

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 au 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances, ou actes complexes comportant un ou plusieurs échelonnements 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 intervenir 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 03.09.19

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 834574

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAH  
Matricule : 8754 Fonction : cci Poste : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. : 0666871065 Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL HASSANI Ned Reda Age 03 11 06  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Mycose  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ le 05 JUIL 2019  
Durée d'utilisation 3 mois


Dr. Rachida CHAMI  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Médical Angle Brahim Roudani et  
Abou Ishak Al Maroum - Casablanca  
Tél : 05 22 91 26 46



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
05/07/19	CS	1	300dh	<b>Dr. Rachida CHAMI</b> <b>Professeur de Pédiatrie</b> Espace Maarif, Angle Brahim Roudani et Abou Ishak Al Marouni - Casablanca Tel: 05 22 99 63 63

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/19	125,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

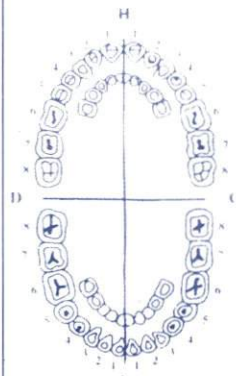
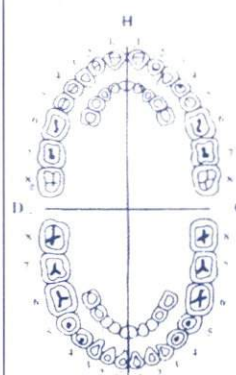
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

05.07.2019

38,20  
EL HASSANI Mohamed Reda

1 DIFAL CREME

1 application 2 fois par jour

87,30  
2 DERMOFIX CREME

1 application 3 fois par jour pendant 10 jours



  
**Dr. Rachida CHAMI**  
Professeur de Pédiatrie  
Espace Maârif, Angle Brahim Roudani et  
Abou Ishak Al Marouni - Casablanca  
Tél: 05 22 99 63 63





**DIFAL®**

Diclofénac sodique - Gel 1%  
Tube de 50 g

P.P.V. : 38.20 DH



# DIFAL® 1% Gel

## Diclofénac sodique

### SITUATION :

ac sodique : Tubes de 20 g et de 50 g.

Inflammatoire non stéroïdien, ~~de l'acide~~ <sup>de l'acide</sup> phénylacétique du groupe des acides aryl/carboxyliques. Exerce une activité locale anti-inflammatoire et analgésique.

Indication : durée chez l'adulte (à partir de 15 ans), en cas de traumatologie bénigne, entorses, contusions, lésions supérieures et inférieures, brûlures et post-traumatiques, douleurs articulaires et des genoux.

Indication : fénac ou aux substances d'activité proche, telles qu'autres AINS, aspirine, paracétamol, à l'un des composants.

Indication : chez la femme, pendant les premiers mois de la grossesse.

Indication : quelle que soit la lésion : dermatoses suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

Contre-indications : éruptions, eczéma ; érythèmes, dermatites (incluant les dermatites de contact).

Contre-indications : dermatose bulleuse. Un prurit associé est parfois observé.

Cas très rares et cas isolés :

Réactions cutanées : éruption pustuleuse, urticaire, purpura, ulcérations locales.

Réactions d'hypersensibilité : œdème angio-neurotique (œdème de Quincke).

Problèmes respiratoires : la survenue de crise d'asthme peut être liée chez certains sujets à une allergie à l'aspirine ou à un AINS. Dans ce cas, consulter un médecin.

DIFAL 1 % Gel est contre-indiqué.

Autres réactions cutanées : cas isolés de photosensibilité.

Autres effets systémiques des AINS :

Ils sont fonction du passage transdermique du principe actif et donc de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée, du degré d'intégrité cutanée, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement occlusif (effets digestifs, rénaux).

### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans).

#### Mises en garde :

- Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les yeux ; appliquer uniquement sur la région douloureuse.

- L'apparition d'une éruption cutanée après application impose l'arrêt immédiat du traitement.

#### Précautions d'emploi :

DIFAL® 1% gel ne doit pas être utilisé sous pansement occlusif.

#### Grossesse :

Le diclofénac est contre-indiqué au cours du troisième trimestre de la grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée (5 mois révolus).

#### Allaitement :

Le diclofénac, comme tous les AINS, passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite. Si la situation impose son utilisation, le diclofénac gel ne doit pas être appliqué sur les seins chez les mères qui allaitent.

### EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans).

#### Posologie :

1 application, 3 fois par jour.

Durée de traitement : La durée de traitement est limitée à 4 jours.

#### Mode d'administration :

Voie locale - Usage externe. A ne pas avaler.

Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.

Bien se laver les mains après chaque utilisation.

### EN CAS DE DOUTE : DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

En raison du faible passage systémique lors d'un usage normal du gel, les interactions médicamenteuses signalées pour le diclofénac per os sont peu probables.

#### CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Durée de conservation après ouverture = 6 mois.

Délivrance : Libre.

DIFAL® 1% Gel - Tube de 20 g - AMM N° : 03 DMP/21/NNP

DIFAL® 1% Gel - Tube de 50 g - AMM N° : 04 DMP/21/NNP

Edition : Juillet 2017

Crème dermique

Tube de 30 g



Sertaconazole

**Dermofix®**  
**crème 2%**

**DERMOFIX® Crème**  
**Sertaconazole**

.....2 g  
sorbique) .....100 g

anti-mycosique à usage topique. Son spectre d'activité s'avère très large :  
Trichophyton albicans, C. tropicalis, C. spp., Pityrosporum orbiculaires)  
Epidermophyton et Microsporum)  
filamenteux (Aspergillus)  
anti-mycosiques  
bactériennes et Streptocoques)

les superficielles de la peau telles que dermatophytoses : Tinea pedis (pied  
marginé de Hebra), Tinea corporis (Herpès circiné), Tinea barbae (Sycosis),  
lèbres (Miniliose) et Pityriasis versicolore (Pityrosporum orbiculare).

innocuité totale et une excellente tolérance : aucun cas de toxicité ou de  
effets secondaires a été relevé. Seul un érythème léger peut survenir lors des premières applications  
régulières du traitement.

**Mode d'emploi :**

Usage ophtalmique.

En grandes quantités, on ne détecte pas de niveaux plasmatiques. Malgré cela,  
l'absorption est négligeable chez le nouveau-né et chez la femme enceinte ou allaitante.

**Mode d'administration :**

Une fois par jour (de préférence le soir) ou deux fois (matin et soir), doucement et  
sans frotter, couvrir 1 cm de peau saine (environ) autour de la zone à traiter.  
Ne pas appliquer sur un patient à l'autre en fonction de l'agent étiologique et de la localisation de

le traitement. Au bout de quatre semaines de traitement afin d'assurer une guérison clinique et  
éviter ainsi toute récurrence, cette guérison clinico-microbiologique peut apparaître  
au bout de 10 à 15 jours de traitement.

Conten-  
taires  
taires

**Conten-  
taires :**

30 g  
30 g  
de 30 ml  
30 g  
30 g  
de 1 ovule.

PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
S/L FERRER INTERNATIONAL



Imp AUDIR CS0417.0913

87,30

LOT 10001  
PER U 1200  
PPV B7CH00

