

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-543679

m= 31256

| | |
|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | |
| Matricule : 10729 | Société : |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : RINANI INANE | |
| Date de naissance : 01/05/78 | |
| Adresse : Rue Ibn Hafsyn Res AL BOUSTANE APP 6 Im 2 AFDAL RIBAT | |
| Tél. : 0661084h46 | Total des frais engagés : |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  | |
| Date de consultation : | Age: |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan |
| 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'adjudication conseil de la Mutuelle. | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---------------------------|---|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H D B G | 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | H <input type="text"/> G <input type="text"/> B <input type="text"/> |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | 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'EXÉCUTION

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 courant 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 échelons
 - 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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.com

FEUILLE DE SOINS 1630158

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RINANI INANE
 Matricule : 10723 Fonction : CSC Poste :
 Adresse : Rue Ibn Hajar El 8 arré les ALBANIAIS AG
 Tél. : 0661 081 616 Signature Adhérent [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BOUCHAMA YOUSRA Age 09 10 18
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 20.03.2020
 Nature de la maladie : Acné
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A Rabat le 20.03.2020 Durée d'utilisation 3 mois
 Signature [Signature]
 [Redeemed stamp: MUPRAS, 1630158, 20.03.2020, Dr. Bouchama, Rabat, Tel: 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649]
 [Redeemed stamp: Dr. Bouchama, Rabat, Tel: 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649]
 [Redeemed stamp: Dr. Bouchama, Rabat, Tel: 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649]
 [Redeemed stamp: Dr. Bouchama, Rabat, Tel: 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649]

VOLET ADHERENT

DECLARATION Matricule N° : 10723 1630158
 Nom du patient : BOUCHAMA YOUSRA
 Date de dépôt : 18/06/20
 Montant engagé 300 + 828,60 DT
 Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| s | Natures des Actes Mohssine CHIR | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|---|--|-----------------------|---------------------------------|---|
| | Acte de Vénérologue Urgent Dr Abd Rabie 77 00 72 / GSM 06 52 74 76 | | 3000 H | Docteur Mohssine CHIR Dermologue Dr Abd Rabie Angle Av. Ouardouz et Rue Abd Rabie 77 00 72 / GSM 06 52 74 76 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| du Pharmacien u Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| ACIE BAB MARRAKECH ekrounbelabbes Mehd im. 1015 Rue ALACHRAFI - Rabat - Tel: 05 37 77 95 00 INPE : 102063708 | 23/2/2020 | 828,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| et Signature du e et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------|------|--------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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 |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Docteur Mohssine LHFIR Dermato-Vénérologue Angle Av. Oufala - Rue Oufal Apt 105 - Bldj. Oufal Tél: 05.37.77.00.72 GSM: 06.52.74.74.76 | | | 3000H | Docteur Mohssine LHFIR Dermato-Vénérologue Angle Av. Oufala - Rue Oufal Apt 105 - Bldj. Oufal Tél: 05.37.77.00.72 GSM: 06.52.74.74.76 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE BAB MARRAKECH Benchekroun Belabbes Mehd N°2, Imm. 106 RUE ACHRAARI Aedal / Rabat - Tél. 05 37 77 95 00 INPE : 102063708</p> | 22/12/2020 | 828,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | | H | |
|----------|--|----------|---|
| D | | | G |
| 25533412 | | 21433552 | |
| 00000000 | | 00000000 | |
| 00000000 | | 00000000 | |
| 35533411 | | 11433553 | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | |
|---|---|--|
| | 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Two white rectangular labels with black barcode lines. The left label has handwritten red text "Hyclate" and "200 mg". The right label has handwritten red text "Hyclate" and "200 mg". Both labels have printed text below the barcode: "Doxycycline Hyclate 200 mg capsules", "8 capsules", and "PZN 47050". Above the barcode, there is printed text: "6 1118000 040514 TEST" on the left and "6 1118000 040514 TEST" on the right.

Docteur Mohssine Ghfir

Ancien spécialiste en Dermatologie à l'Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat

Dermatologue - Vénéréologue
(Femmes - Hommes - Enfants)

Spécialiste des maladies de la peau - des cheveux, des ongles)

Spécialiste des Infections Sexuellement Transmissibles
Chirurgie dermatologique

الدكتور محسن غفير

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

أخصائي في الأمراض الجلدية والتناسلية

(نساء، رجال، أطفال)

أخصائي في أمراض الجلد والشعر والأظافر

أخصائي في الأمراض المتنقلة جنسياً وجراحة الجلد

Rabat, le 20/03/2020 الرباط، في

Dr. Youssra BOUCHAMA

47,50x12 1. longanizine 2% un comprimé par jour

49,60 2. Retacryl 0,02%
chaque soir (front et au
nez)

3. Dermopare hydro
chaque matin (visage)

179,00 4. Naturalwa aqua gel face

A laver

78828,60

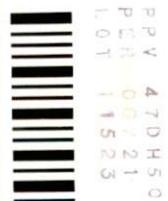
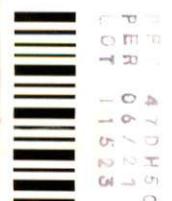
PHARMACIE BAB MARRAKECH
Benchekroun Relabbes Mehdii
Immt. 1 Oued Agdal - Rabat - Tél: 05 37 77 95 00
INPEL 132063708

Dr. Mohssine GHFIR
Dermatologue et vénéréologue
Angle Av. OQBA et Rue Oum RABIE
Tél: 05 37 77 00 72 / GSM: 06 52 74 76

ملتقى شارع عقبة و زنقة أم الريبي، إقامة أركانة، رقم 8، الطابق الثاني - أكدال - الرباط (أمام صيدلية عصبة الهاتف 2) - النقال : 05 37 77 00 72

Angle Avenue OQBA et Rue Oum RABIE, Résidence Argana, Appt. 8, 2ème étage - Agdal - Rabat (devant la Pharmacie OQBA)

Tél.: 05 37 77 00 72 - GSM : 06 52 74 74 76 - E-mail : mghfir@hotmail.com



longamycine® 200

Doxycycline

8 comprimés



6 118000 040514

UAI 74
FPV 47 D 450
PER 00 21
TOT 11523

6 118000 040514
Barcode
8 comprimés
Doxycycline
longamycine® 200

UAI 74
FPV 47 D 450
PER 00 21
TOT 11523



RETACNYL 0,025 %
Crème tube de 30 g
AMM N°261 DMP/21/NRQ
PPV: 79,60 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N° 1.27182 Bouskoura-Moroc

6 118001 070497



Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.

Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez à personne d'autre. Vous risqueriez de lui causer du tort, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

DENOMINATION

RETACNYL 0,025 POUR CENT, crème

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Trétinoïne 0,025 g pour 100g de crème

Excipients : Stéarate de polyéthylène glycol, stéarate de glycérol et stéarate de polyéthylène glycol 100, alcool cétylelique, alcool stéarylique, perhydroxqualène, butylhydroxyanisole, butylhydroxytoluène, parahydroxybenzoate de propyle, acide stéarique, carbomère (carbopol 981) glycérol, parahydroxybenzoate de méthyle, édétate de sodium, solution de triéthanolamine à 20%, myri-state d'isopropyle, acide sorbique, eau purifiée.

FORME PHARMACEUTIQUE

Crème, tube de 30 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

Préparations antiacnéiques à usage topique

NOM ET ADRESSE DE L'EXPLOITANT

Galderma International

Tour Europlaza - La Défense 4

20, avenue André Prothin

92927 LA DEFENSE Cedex

NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

Laboratoires Galderma

Zone Industrielle - Montdésir

74540 Alby-sur-Chéran

2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est préconisé dans le traitement local de l'acné de sévérité moyenne.

3. ATTENTION !

DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Une augmentation des quantités appliquées n'améliorerait ni l'activité, ni la rapidité d'action du produit mais pourrait provoquer rougeur, desquamation et inconfort.

En raison de son activité, cette crème est normalement irritante pour la peau.

Un certain nombre de précautions doivent être prises pour limiter cet inconvenit :

- Eviter le contact de la crème avec les yeux, les paupières, les narines, la bouche. En cas de contact accidentel, effectuer un lavage soigneux à l'eau.
- Si avant le traitement, vous avez déjà été traité avec d'autres préparations locales exfoliantes, attendre la fin des phénomènes d'irritation de la peau avant de commencer le traitement.
- L'exposition au soleil et aux lampes à ultra-violet provoque une irritation supplémentaire. Eviter en conséquence une exposition pendant le traitement dans toute la mesure du possible. Le traitement pourra cependant être poursuivi si l'exposition est réduite au minimum (protection par le port d'un chapeau et l'utilisation d'une crème écran solaire) et le rythme des applications ajusté.