

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Declaration de Maladie

N° W19-543679

mm = 31756

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10729 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RIDANI INANE

Date de naissance : 01/05/78

Adresse : Rue Ibn Hajar Res AL BOUSTANE Apt 6 Im J

AFDAL RABAT

Tél. : 0661084446 Total des frais engagés :

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'at-  
médecin 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) :



### 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
				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

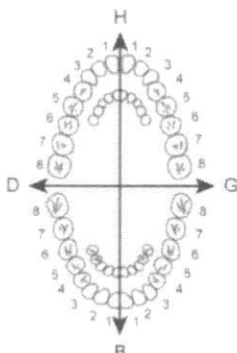
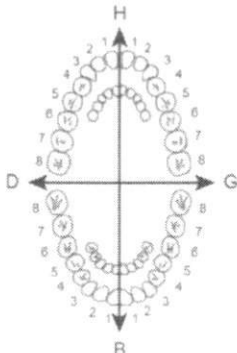
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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'EXE



# 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 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAir.ma

## FEUILLE DE SOINS 1630158

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **RINANI JOANE**  
Matricule : **10725** Fonction : **C/S** Poste :  
Adresse : **Rue Ibn Hajar St 8 après Res ALBOUTARVE AG RA**  
Tél. : **0661 0814146** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **BOUCHAMA YOUSRA** Age **09** | **08** |  
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** Signature et cachet du médecin :   
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION **1630158**  
Matricule N° : **10725**  
Nom du patient : **BOUCHAMA YOUSRA**  
Date de dépôt : **18/06/20**  
Montant engagé : **300 + 828,60 DH**  
Nombre de pièces jointes :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Mohssine Ghannouchi Dermatologue Angle Av. Oudide - Rabat Tél: 06 52 74 74 76		3000H	Docteur Mohssine Ghannouchi Dermatologue Angle Av. Oudide - Rabat Tél: 06 52 74 74 76

## EXECUTION DES ORDONNANCES

du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BAB MARRAKECH Boulevard Belabbes Mehdi Km. 1.5 - Route ATACHRAARI Rabat - Tél: 05 37 77 95 00 INPE: 102063708	2/2/2020	828,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et Signature du e et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

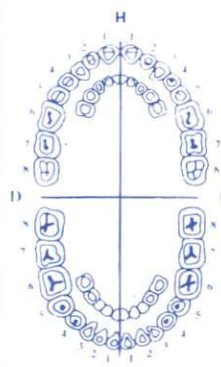
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature du Patient	Dates 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														
				MONTANT DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANT DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

longamylène 200

oxygène

8 comprimés

118000 040514

PER 06/2021

LOT 11523

47DH50

aleh

longamylène 200

oxygène

8 comprimés

118000 040514

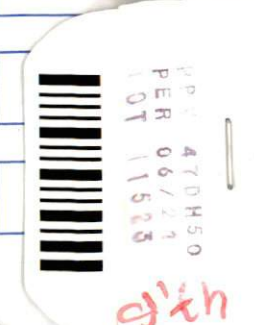
PER 06/2021

LOT 11523

47DH50

aleh

6 118000 040514





# 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
22/12/2020	Consultation	1	3000H	Docteur Mohssine Ghannouchi Dermato-Vénérologue Angle Av. Oudja - Rabat Tél: 05 37 77 00 72 / 06 52 74 74 76

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB MARRAKECH Benckekroun Belabbes Mehdi N°2, Imm. 1, 16 Rue ALACHRAARI Agdal - Rabat - Tél: 05 37 77 95 00 INPE: 102063708	22/12/2020	828,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

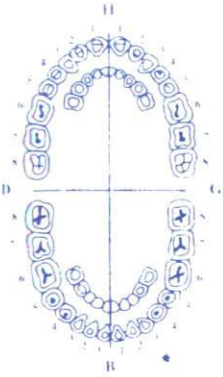
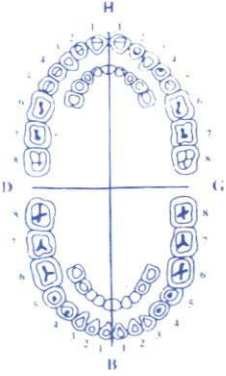
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature du Médecin	Dates 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 canal, 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 Cœfficient MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX	MONTANT DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION																		
	<table><tr><td>H</td><td></td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000	G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

longamycine 200  
doxycycline

longamycine 200  
doxycycline

longamycine 200  
doxycycline

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés

longamycine 200  
doxycycline  
8 comprimés



# Docteur Mohssine Ghfir

Ancien spécialiste en Dermatologie à l'Hôpital  
Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat  
Dermatologue - Vénérologue  
(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 والأظفار  
سائي في الأمراض المنقولة جنسيا وجراحة الجلد

Rabat, le 03/03/2020 في الرباط،

Reyoussa BOUCHAMA

47,50x12 1. Longaveine 200

Un comprimé par jour x

79,60

2. Retacnyl 0,025

chaque soir (front et au nez)

3. Dermopure hydro

chaque matin (visage)

179,00

4. Naturalia aqua gel face

A laver

78 8 28,60



longamycine® 200   
Doxycycline  
8 comprimés

6 118000 040514



4716

BPV 47DH50  
PCN 06721  
LOT 11523



6 118000 040514

longamycine® 200   
Doxycycline  
8 comprimés



4716

BPV 47DH50  
PCN 06721  
LOT 11523



**RETACNYL 0,025 %**

Crème, tube de 30 g

AMM N°261 DMP/21/NRO

PPV: 79,60 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

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 cétylique, alcool stéarylique, perhydosqualène, 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 DOUTE, 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 inconvénient :

- 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.