

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.

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 Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-551833

44280

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 13216			
Société : Royal Air Maroc			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELKA Hauza			
Date de naissance : 29/05/1995			
Adresse : Hay El Ouard, Rue 03, 21 ^{me} Arrt, Casablanca			
Tél. : 06 65 91 00 91	Total des frais engagés : 265,1 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17/09/2020
Nom et prénom du malade :	BELKA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Dentiste
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/09/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-551833

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).

Matricole : 13216
 Nom de l'adhérent(e) : BELKA
 Total des frais engagés : 265,1 Dhs
 Date de dépôt : 17/09/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2/09/2026	G	6	6	<p style="text-align: center;">CLEMENTINE 218</p> <p style="text-align: center;">DERMATOLOGUE</p> <p style="text-align: center;">Dr El Harti, Mly Rachid</p> <p style="text-align: center;">24, All Driss El Harti, Casablanca</p> <p style="text-align: center;">0666 22 66 29</p> <p style="text-align: center;">+212 22 26 21 GSM</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيادلة في الخير</p> <p>PHARMACIE KOUNOUZ AL KHAIR</p> <p>5 Rue de l'Afdéche Polo casa</p> <p>Tél 05 22 82 97 74</p>	17/09/20	265,10

ANALYSES - RADIOPHARMES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> RN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p><i>Haut de la page</i></p> <table border="1"> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			26533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
26533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

الدكتور ياسين أعواني
اختصاصي
في أمراض الجلد
الشعر والأمراض التناسلية
حساسية الجلد - طب التجميل
الليزر

Docteur Yassine AOUANI
DERMATOLOGUE
Spécialiste des maladies de la
peau - du cuir chevelu
et des maladies sexuellement
transmissibles - Allergie de la peau
cosmétologie
Laser

Casablanca, le 17/09/2022 الدار البيضاء

95 Zouka Hamza

401⁰⁰ Dermovil gel



D mli 1 abr / c 4
in 1 liter

84,20x2 Ketodene gel ee hech (2)
for wash in
le in elevan und 03 n
di mule. und just
- elevan in c 4
D u vige mule x 10

24، شارع إدريس الحارثي مجموعة ١ هي مولاي رشيد الدار البيضاء

24, Avenue Driss El Harti, Moulay Rachid I (au dessus de la Pharmacie Moulay Rachid) - Casab
الهاتف : 06.66.82.66.29 - المحمول : 05.22.72.26.27

35,70



Stay cool in

نار

et le soleil

ensoleillé

265,1DH



Dr Yassine AOUANI
PERMATOLOGUE
24 Av. Driss El Hatti, Mly Rachid 1
Casablanca
Tél. 05 22 72 26 27 GSM : 0666 82 66 29

صيدلية كنور الخير
PHARMACIE KOUNOUZ AL KHAIR
5 Rue de l'Ardéche Polo case
Tél. 05 22 82 97 74

271



CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

ate 0,025 g
glycol, Chlorocrésol) q.s.p. 100 g

6 118000 241195

corticoïde.

essus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet prurigineux qui leur est lié. Vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

Indications thérapeutiques :

- Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement :
 vésicaux de contact, dermatite atopique, lichenification.
- Indications où la corticothérapie locale est l'un des traitements habituels : dermite de stase, psoriasis (*à l'exclusion des plaques très étendues*), lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose, lichen scléro-atrophique génital, *granulome annulaire*, lupus érythémateux discoïde, dermite séborrhéique à l'exception du visage, traitement symptomatique du prurit du mycosis fongoïde.
- Indications de circonstance pour une durée brève : piqûres d'insectes et prurigo parasitaire après traitement étiologique.

Contre-indications :

Dermatoses virales, bactériennes, fongiques et parasitaires ; dermatoses faciales à composante vasomotrice (rosacée) ou folliculaire (acné) ; lésions ulcérées.

Effets indésirables :

Ils résultent, en règle générale, d'une mauvaise utilisation : durée excessive du traitement et puissance trop importante du produit sont responsables d'effets indésirables locaux. Si, en outre, la surface d'application est très étendue, des effets systémiques peuvent être observés.

Précautions d'emploi :

Si une intolérance locale apparaît, le traitement doit être interrompu et la cause doit en être recherchée.

Suivre les recommandations du médecin.

Ce médicament peut être prescrit pendant la grossesse si besoin.

L'allaitement est possible en cas de traitement par ce médicament.

Ne pas appliquer sur les seins lors de l'allaitement en raison du risque d'ingestion du produit par le nouveau-né.

Mode d'emploi et posologie :

Le traitement doit être limité à 1 à 2 applications par jour.

Il est conseillé d'appliquer le produit en couches espacées, puis de l'étaler en massant légèrement jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

Forme et présentation :

Crème - Tube de 30 g

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

MYCODERME® 1 % Crème

Tube de 40 g

D.C.I : nitrate d'éconazole

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 d'autres questions, si vous avez un doute, demandez à votre médecin ou votre pharmacien.

LOT : 08020030

PER : 04/2025

PPU : 36,70 DH

Il a été personnellement prescrit. Ne le donnez à autre, même en cas de symptômes identiques, cif.

esirables devient grave ou si vous remarquez un mentionné dans cette notice, parlez-en à pharmacien. Voir la rubrique 4.

Topique

tice :

Qu'est-ce que MYCODERME® 1 % Crème et dans quel cas est-il MYCODERME® 1% CREME

Tube de 40 g

informations à connaître avant de prendre Crème ?

MYCODERME® 1 % Crème ?

s indésirables éventuels ?

er MYCODERME® 1 % Crème ?

émentaires

1. QU'EST-CE QUE MYCODERME® 1 % Crème ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

MYCODERME® 1 % Crème contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

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

• Candidoses :

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

• Traitement d'appoint des mycoses des ongles : onyxis, périonyxis. Un traitement systémique antifongique associé est nécessaire.

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

• Dermatophyties :

Traitements :

• Dermatophyties de la peau glabre.

• Intertrigos génitaux et cruraux non macérées.

• Traitement d'appoint des teignes. Un traitement systémique antifongique associé est nécessaire.

• Erythrasma.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE MYCODERME® 1 % Crème ?

• Ne prenez jamais MYCODERME® 1 % Crème dans les cas suivants :

Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active ou à l'un des composants contenus dans ce médicament. Vous trouverez la liste à la rubrique 6.

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

• Mise en garde et précaution d'emploi :

Faites attention avec MYCODERME® 1 % Crème :

• chez l'enfant,

ID : 644046

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 DH
6 118000 161301

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR



Dermoval gel

Propionate de clobétasol

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien ou votre infirmier/ère.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que DERMOVAL, gel et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser DERMOVAL, gel ?
3. Comment utiliser DERMOVAL, gel ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver DERMOVAL, gel ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01
Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée. DERMOVAL, gel est utilisé pour réduire les rougeurs et démangeaisons liées à certains problèmes du cuir chevelu tel que le psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes) ou la dermite séborrhéique (rougeur et desquamation du cuir chevelu (pellicules)).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DERMOVAL, gel ?

N'utilisez jamais DERMOVAL, gel dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active ou à l'un des ingrédients.

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Kétoderm® 2 %, gel en sachet

Kétoconazole

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Ketoderm 2% gel b6 sachet
P.P.V : 84,20 DH
6 118001 181491

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Ketoderm 2% gel b6 sachet
P.P.V : 84,20 DH
5 118001 181490

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

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne l'offrez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les symptômes et la maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice :

1. Qu'est-ce que KETODERM 2 %, gel en sachet et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
3. Comment utiliser KETODERM 2 %, gel en sachet ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver KETODERM 2 %, gel en sachet ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE KETODERM 2 %, gel en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Ce médicament est un antifongique à usage local.

Ce médicament est un gel moussant antifongique (*médicament traitant les infections dues à un champignon microscopique*) pour application locale (peau et/ou cuir chevelu).

Ce médicament est destiné à traiter la dermatite séborrhéique de l'adulte et de l'adolescent : une affection qui détruit la couche superficielle de la peau.