

## 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 : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-551833

44280

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13216

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKA Haouga

Date de naissance : 29/05/1995

Adresse : Hay El Ouard, me 03, 21<sup>er</sup> Arrt, Casablanca

Tél. : 06 65 91 00 91

Total des frais engagés : 265,1

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Yassine ABILANI  
DEKIMOLOGUE  
24, Av. Driss El Farti, My Rachid  
Casablanca  
05 22 72 33 33 - GSM : 0666 82 66 29

Date de consultation : 17/09/2020

Nom et prénom du malade : BELKA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Diabète

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

Le : 17/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

### VOLET ADHERENT

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).

Matricule : 13216

Nom de l'adhérent(e) : BELKA

Total des frais engagés : 265,1 dhs

Date de dépôt : 15/10/20



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
17/09/20	G		G	DERMATOLOGUE 24, All. Driss El Harti, Mly Rachidi Casablanca Tél 05 22 82 25 27 GSM 0666 82 66 29

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدية كوناوز الخير PHARMACIE KOUNOUZ AL KHAIR 5 Rue de l'Ardèche Polo casa Tél 05 22 82 97 74	17/09/20	265,10

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
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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

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 de l'ODF.				
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			
	25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <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'EXECUTION



**Docteur Yassine 'AOUANI**  
**DERMATOLOGUE**

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

**الدكتور ياسين أعواني**  
اختصاصي  
في أمراض الجلد  
الشعر و الأمراض التناسلية  
حساسية الجلد - طب التجميل  
الليزر

Casablanca, le : 17/09/2020 الدار البيضاء

97 ~~70~~ ELKA 1 tamje

40,00

Dermoval gel



الم / 1 cube / 1  
in 1 cube

84,20 x 2



Ketodere gel en hecht (2)

pour pousser  
le cuir chevelu  
et enlever les  
deux mites

20,00



Clenider

1 cube / 1  
in 1 cube

24، شارع إدريس الحارثي مجموعة I حي مولاي رشيد الدار البيضاء

24, Avenue Driss El Harti, Moulay Rachid I (au dessus de la Pharmacie Moulay Rachid) - Casab

الهاتف : 05.22.72.26.27 - GSM : 06.66.82.66.29 - المحمول



35, 70



My codeur h



1 appl, 2  
le ucl

6 myz

sub  
muf

x 21

265, 1DH

  
Docteur Yassine AQLANI  
DERMATOLOGUE  
25 Av. Ouss El Harti, Mly Rachid1  
Casablanca  
Tel: 05 22 72 26 27 GSM: 0666 82 66 29

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



**Cleniderm® crème**  
Béclométhasone dipropionate

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241195

**CLENIDERM® crème**

Béclométhasone dipropionate

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

corticoïde.

assus inflammatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet  
vasoconstricteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

### Indications thérapeutiques :

- Indications privilégiées où la corticothérapie locale est tenue pour le meilleur traitement :

*dermatite de contact, dermatite atopique, lichénification.*

*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 fongicoïde.*

- 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 votre médecin ou votre pharmacien. Ce médicament n'a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne, même en cas de symptômes identiques, car cela peut être dangereux.
- Des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Voir la rubrique 4.

POT : 08020030

PER : 04/2025

PPV : 35,70 DH

Topique

Notice :

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

MYCODERME® 1% CREME

Tube de 40 g



6 18000 230151

Informations à connaître avant de prendre ce médicament ?

Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comment utiliser MYCODERME® 1 % Crème ?

Quelles sont les précautions d'emploi ?

Autres informations

## 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 :

Traitement :

• 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  
6

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



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# DERMOVAL gel

Propionate de clobétasol



**Veillez 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 UTILISÉ ?

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 clobétasol ou à l'un des excipients.



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Kétoderm® 2 %, gel en sachet

Kétoconazole

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V. : 84,20 DH



**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 le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de votre 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.

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V. : 84,20 DH



### 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 UTILISÉ ?

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 :  
(*infection de la couche superficielle de la peau*)