

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

tit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données nnel.

tre 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0019697

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1466 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rochd Houssine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/23

Nom et prénom du malade : Rochd Rochd Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. Zakia K...  
DERMATOLOGIE  
109 Bd. Bir Anzarar  
Tél. 05 22 99 11 11

ACCUEIL  
28 DEC 2023  
MUPRAS



# 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
30/5/23	5		300.00	Dr. Zakia Haddad DENTISTE 199 Bd. Bir Anzarane - Casablanca Tél. 05 22 98 60 09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Angles Rue des Angles 25.05.05 L'AMRANI MERYEM	30/05/23	40.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

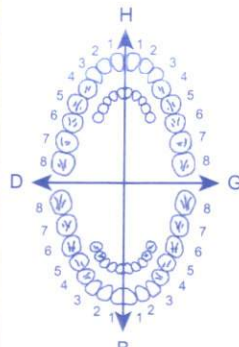
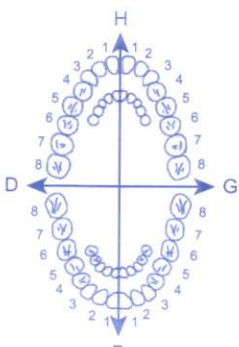
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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] 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 Zakia KHALIL

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau et du Cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Comblement des rides - Botox - Lasers

Diplômée de la Faculté de Liège (Belgique)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Reims et Montpellier



الدكتورة زكية خليل

خريجة كلية الطب بليج

إختصاصية في أمراض و جراحة الجلد - الشعر

الأمراض التناسلية - طب التجميل - الليزر

خريجة كلية الطب بليج بلجيكا

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات ريمس و مونتبولي

Casablanca le : .....

30/5/23

Lochdi Rabai

Efficace au hydrophil

40.50

1 a 1/2 le ser 71

7 ser 1/2

10

PHARMACIE MERYEM  
Pharmacie des Familles Angle Rues  
de Normandie et Imam Tabarani  
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60



Dr. Zakia KHALIL

DERMATOLOGUE

199 Bd. Bir Anzarane - Casablanca

Tél. 05 22 25 05 60

199, شارع بئر انزان - إقامة الوالدة الطابق 2, شقة 7 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 60 09 - المحمول : 07 01 30 03 31

199, Bd. Bir Anzarane - Résidence El Walida - Casablanca (en face Rés. Khouribga) - Tél.: 05 22 98 60 09 - GSM : 07 01 30 03 31

E-mail: khalilzakia@hotmail.com

LOT: 0079  
EXP: AUT 2024  
PPV: 40,50 DH

Efficort<sup>®</sup> Hydrophile 0,127%, crème  
Tube de 30 g  
AMM N°: 59 56/42



6 118000 020448

phile 0,127 %, crème

PHILE

**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.
- 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 qu'EFFICORT HYDROPHILE 0,127 %, crème et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser EFFICORT HYDROPHILE 0,127 % crème ?
3. Comment utiliser EFFICORT HYDROPHILE 0,127 %, crème ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver EFFICORT HYDROPHILE 0,127 %, crème ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

#### **1. QU'EST-CE QU'EFFICORT HYDROPHILE 0,127 %, crème ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

**Classe pharmacothérapeutique - code ATC : D07AC16.**

Ce médicament est une crème contenant de l'acéponate d'hydrocortisone.

Ce médicament est un dermocorticoïde d'activité forte.

Il est indiqué dans certaines maladies comme l'eczéma, le psoriasis, les allergies cutanées.

Mais votre médecin peut le prescrire dans d'autres cas.