

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-556147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08995 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEKKAR Nour Dine

Date de naissance : 19.5.1972

Adresse : 54 Rue Fes 40000 Rabat

Tél : 066 1000000 Total des frais engagés : 829,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE
66, Av. Allal Ben Abdellah Rabat
Tél : 05 37 70 43 90

Date de consultation : 31.03.2021

Nom et prénom du malade : Chloé de la Thorax Age :

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

Nature de la maladie : chloé de la Thorax

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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 31/3/2021 Le : 31/3/2021

Signature de l'adhérent(e) : BEKKAR



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-556147

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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
31.03.21	cr	cr	3000F	INP : 10103664 Dr. Saïd BOUHLAL DERMATOLOGUE Ben Abdellah-Rabat 70 43 90

Dr. Saïd BOUHE
DERMATOLOGUE
Av. Allal Ben Abdellah-Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
31/10/21	25.50	
31/10/21	504.00	

صيدلية سيدي موسى
Pharmacie Sidi Moussa
Sanizat Jebb Rue 4, N° 1, Sidi Moussa
Tél : 05 37 / 826 54

[illegible][illegible]

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 00000000 00000000 </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 35533411 11433553 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> G </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> B </div>	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE

Spécialiste des maladies
de la peau et du cuir chevelu
Maladies sexuellement transmissibles
Diplômé de la faculté de
médecine de Toulouse

الدكتور سعيد بوهلال

إختصاصي في أمراض الجلد
و أمراض الشعر
و الأمراض التناسلية
خريج كلية الطب بتولوز

Rabat le 31.03.21 الرباط في

BEKKARI

Amin

25.50

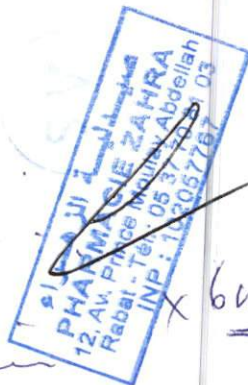
- TOPSYNE GEL

252.00 x 2 le mat

- KELO COTE cream

le soir

= 504.00



Pharmacie Sidi Moussa
Sanitar Jeddah Rue 4, N° 11, Sidi Moussa
Tél.: 05 37 70 43 90

Dr. Saïd BOUHLAL
DERMATOLOGUE
56, Av. Allal Ben Abdellah, Rabat
Tél.: 05 37 70 43 90

Indicaciones de uso:
Kelo-cote® gel está indicado para el manejo de cicatrices recientes o antiguas, incluyendo cicatrices hipertóxicas y queloides, originadas por procedimientos quirúrgicos en general, traumatismos, heridas y quemaduras.

Indicaciones: Kelo-cote® está indicado para aplicación en cicatrices recientes e antiguas, incluyendo cicatrices hipertóxicas e queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas e quemaduras.

Importateur Exclusif
BIOCOTEX MAROC

1252, 00

14 49/16/2016/DMP/20/DM

ACI 9811547
KC011702/1
CN 153967/0



KELO-COTE®

Verwendungszweck:
Kelo-cote® ist für die Behandlung alter und frischer Narben, einschließlich hypertropher Narben und Keloiden, nach allgemeinen chirurgischen Eingriffen, bei Verletzungen, Wunden und Verbrennungen bestimmt.

Gel pour cicatrices

Scar gel

Gel per cicatrici

Gel para cicatrices

Gel para cicatrizes

Gel zur

Narbenbehandlung



Indication: Kelo-cote®

est indiqué pour le traitement d'anciennes et de nouvelles cicatrices, incluant les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes, résultant d'interventions chirurgicales, de traumatismes, de plaies et de brûlures.

Intended use: Kelo-cote® is intended for the management of old and new hypertrophic and keloid scars resulting from general surgical procedures, trauma, wounds and burns.

Utilizzo: Kelo-cote® è un trattamento per cicatrici ipertrofiche e cheloidi, recenti o non, conseguenti ad interventi chirurgici, traumi, ferite e ustioni.

ALLIANCE

15g



www.kelo-cote.com

Device Authorized



Representative

Alliance Pharma S.r.l. Viale Restelli
5, 20124 Milano, Italy

Advanced

bio-technologies, Inc

4830 West Kennedy Blvd, Suite
600, Tampa, Florida 33609 USA

Indicaciones de uso:
Kelo-cote® gel está indicado para el manejo de cicatrices recientes o antiguas, incluyendo cicatrices hipertóxicas y queloides, originadas por procedimientos quirúrgicos en general, traumatismos, heridas y quemaduras.

Indicaciones: Kelo-cote® está indicado para aplicación en cicatrices recientes e antiguas, incluyendo cicatrices hipertóxicas e queloides, resultantes de procedimientos quirúrgicos, trauma, heridas e quemaduras.

Importateur Exclusif
BIOCOTEX MAROC

1252, 00

14 49/16/2016/DMP/20/DM

ACI 9811547
KC011702/1
CN 153967/0



KELO-COTE®

Verwendungszweck:
Kelo-cote® ist für die Behandlung alter und frischer Narben, einschließlich hypertropher Narben und Keloiden, nach allgemeinen chirurgischen Eingriffen, bei Verletzungen, Wunden und Verbrennungen bestimmt.

Gel pour cicatrices

Scar gel

Gel per cicatrici

Gel para cicatrices

Gel para cicatrizes

Gel zur

Narbenbehandlung



Indication: Kelo-cote®

est indiqué pour le traitement d'anciennes et de nouvelles cicatrices, incluant les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes, résultant d'interventions chirurgicales, de traumatismes, de plaies et de brûlures.

Intended use: Kelo-cote® is intended for the management of old and new hypertrophic and keloid scars resulting from general surgical procedures, trauma, wounds and burns.

Utilizzo: Kelo-cote® è un trattamento per cicatrici ipertrofiche e cheloidi, recenti o non, conseguenti ad interventi chirurgici, traumi, ferite e ustioni.

ALLIANCE

15g



www.kelo-cote.com

EC **ED** Device Authorized

Representative
Alliance Pharma S.r.l. Viale Restelli
5, 20124 Milano, Italy

Advanced

bio-technologies, Inc
4830 West Kennedy Blvd, Suite
600, Tampa, Florida 33609 USA

de dermatoses inflammatoires, allergiques de la peau et du cuir chevelu et notamment la psoriasis, les parakératoses, les acnéides.

Posologie

(voie dermique)

Selon prescription médicale. En général, 2 applications par jour.

Précaution d'emploi

En cas d'infection surajoutée, une thérapie antibiotique ou antifongique locale complémentaire s'impose.

ج 30
ج 30



Composition

Fluocinonide 25 mg

Excipients q.s.p 100 g

Ne peut être délivré que sur ordonnance médicale

Fabriqué par Polypharm

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsaiane, CASABLANCA - MAROC
Dr M. HOUABACH - Pharmacien Responsable

Gel dermique
30 g



تعليمات
الأمراض الجلدية المنهكة أو الحساسية و الحكة (الأكزيما)
التهكف - الحكة الشديدة

الاستعمالات

مرتان في اليوم، حسب إرشادات الطبيب

تتبع الاستعمال

في حالة تعفن يجب علاج مضاد للجراثيم

فلوسينونيد
ج 30
طوسين



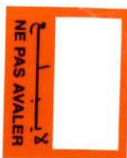
TOPSYNE
Gel dermique, tube de 30g
118000120469

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la lumière, hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.

بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال



Liste I

FLUOCINONIDE
GEL
TOPSYNE

TOPSYNE
GEL
FLUOCINONIDE

05,52