

# 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

**Déclaration de Maladie**

N° W21-715504
130106

**Maladie**
 **Dentaire**
 **Optique**
 **Autres**

Matricule : **13004**
Société : **RAM**

**Actif**
 **Pensionné(e)**
 **Autre :**

Nom & Prénom : **MEKKAOUI JAOUAD**
Date de naissance : **14/02/1988**

Adresse : **136 Eau Saine Jallana 2 El Aïn Bel**
Tél. : **4623**
Total des frais engagés : **Dhs**

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**
**Dr ZOUHAIR KANTAR**

**H. HAKANI**
**Adresse réservé au Médecin**

**11 SEP. 2022**
**Cachet du médecin :**

**2016/2022**
**Date de consultation :**

**Mekkaoui Jaouad**
**Nom & prénom du malade :**

**Seigneur**
**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'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) :**
**Signature de l'assureur :**



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
20/6/22	CS		300DH	INP : <input type="checkbox"/> INP : 09102022 Professeur Fernando - Venero Fernando - Allergologie Fernando - Esthétique / Laser Fernando - Anoual-Abdelmo Au Dessus De 05 22 86 53

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	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"/>													
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
	H	G															
	25533412	21433552															
00000000	00000000																
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

# Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénérologie  
Dermato - Allergologie  
Dermatologie Esthétique  
Laser



الدكتورة زهير كوتار  
اختصاصية في الأمراض  
الجلدية و التنسالية الحساسية  
و علم التجميل و الليزر

Casablanca, le : .....

20 JUIN 2022

٢٠٢١

٧٥ نEKKAoui Youssef

Leuoplasmic gel  
1 sel le mat &  
1 sel le zmais

٢٠٢١

Dr ZOUHAIR KAWTAR  
Dermatologue et Vénérologue  
452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-abdelmoumen, Appt. N°208, 2ème étage au dessus de LC Waikiki  
Tél: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73  
E-mail : zouhair.Kawtar@gmail.com

zé l' Larue as a K S He : 4

162,30

54,10x3

18th Lnd. x 6m



PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE: 09 20 40 880

KAWTAR

ZOUHAIR KAWTAR  
Professeur  
Dermatologie - Vénérologie - Laser  
Dermato - Allergologie  
Dermatologie Esthétique / Laser  
Dermato - Angule Anoual-Abdelmoumen  
Dermato E.S. - Angule Anoual de La Médina  
Dermatologie: Avenue D... 22 86 53  
Dermatologie Center: 22 86 53  
Dermatologian Etage 22 86 53  
Dermatologian N°207 22 86 53  
Appt N°1-6 05 22 86 53 73

le préparation :

— acide Salicylique 4g  
— acide lactique 4g  
— Colodine élastique  
12g.

qsp 120 ml.

Usage le Sais-7

Dr ZOUHAIR KAWTAR

Professeur

Dermato - Vénérologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique / Laser

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-Abdelmoumen

Appt N°207 Zéma Etage Au Debas De La Médina

tel: 05 22 86 22 20 - Fax: 05 22 86 53 73





# Larmabak 0,9 POUR CENT,

## Collyre

### Chlorure de sodium

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

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- 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.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

#### Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISE ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?
3. COMMENT UTILISER LARMABAK 0,9 POUR CENT, collyre ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER LARMABAK

#### Fréquence d'administration

Répartir les instillations au cours de la journée, en fonction des besoins.

En  
jus

→ 2 à 4 instillations par jour et

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

4.



IRABLES

6118001100651  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohame-Couïouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tous les patients.