

# 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

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 052668

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1969 Société : Royal air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZERKANI ABDELHAK

Date de naissance : 04-10-52

Adresse : Rue Beethoven Rés OUMNIA 1 8<sup>e</sup> étage N° 164

TANGER

Tél. : 0661535181 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. AIT Ahmed  
Gynécologue - Obstétricien  
86, Bd. Mohamed V - Tanger  
Tél. 05 39 32 30 22 / 32

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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) : .....



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-052668

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 : .....

## **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
07/11/22	S	-	250 DHS	<i>Dr. A. A. Ahmed Psychiatrist Mohamed A. Tanger 39323022732</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LEVALLOIS-PERIGEUX 339 94 6910 INP 2003 636	07/11/22	243,00

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHÉRENT**

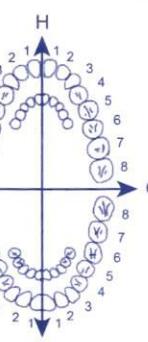
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. A. AIT AHMED**  
 Gynécologue - Obstétricien  
 Echographiste  
 Diplôme de la Faculté  
 de Médecine de Lille (France)



**الدكتور ع. ايت احمد**  
 اختصاصي في أمراض  
 النساء والولادة  
 حاصل على دبلوم  
 من كلية الطب ليل - فرنسا

Tanger, le:

7/11/2023 طنجة في



N° Zerkaoui Tawila

2+ { 20<sup>o</sup>



Gynopéevaulx  
 (ovule x 6) SV



MAPHAR  
 Bd Alkamil N° 6, Ql.  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Gyno-pevaryl ovules gyn b3  
 P.P.V: 57,00 DH

6 116000 012023

20<sup>o</sup> 2/ Clévidene



134<sup>o</sup> 1/ Iaff x 8 / i x 6

99-3<sup>o</sup> 1/ Olokline 20<sup>o</sup>

243<sup>o</sup> 1/ Cpx x 2 / i

**Dr. A. AIT Ahmed**  
 Gynécologue-Obstétricien  
 86, Bd Mohammed V Tanger  
 Tél.: 05 39 32 30 22 / 32

MAPHAR  
 Bd Alkamil N° 6, Ql.  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Gyno-pevaryl ovules gyn b3  
 P.P.V: 57,00 DH

6 116000 012023

# CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

## Composition :

Béclométhasone dipropionate	.....	0,025 g
Chlorocrésol (q.s.p.)	.....	100 g

Indications : Traitement de l'eczéma atopique et des dermatoses atopiques (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet anti-inflammatoire (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet anti-inflammatoire (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet anti-inflammatoire (comme l'hypersensibilité de contact). Inhibe la multiplication cellulaire.

Indication : La crème est tenue pour le meilleur traitement : indication.

Indication : Des traitements habituels : dermite de stase, lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose, cellulite, lupus érythémateux discoïde, dermite symptomatique du prurit du mycosis fongoïde. Indication : piqûres d'insectes et prurigo parasitaire

Indication : Dermatoses faciales à composante ulcérée.



6 118000 241195

## Contre-indications :

Dermose

vasomotrice

Effets secondaires :

Il résulte

puissant

la surfa

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