

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052668

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

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 OUMIA 1 8ème 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 :

Leucémie

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) :

28 DEC. 2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :

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
07/11/22		-	250 DHS	Dr. A. Al-Ahmed Gynécologue - Obstétricien 86, Bd. Mohamed V, Tanger Tél: 05 39 32 30 22 / 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Boujelal B. BOULEVARD MOHAMED V TANGER TEL: 05 39 94 69 10	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 ADHERENT

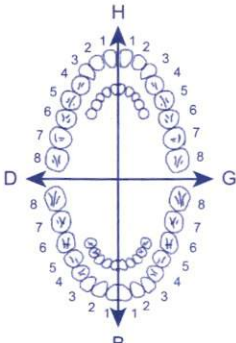
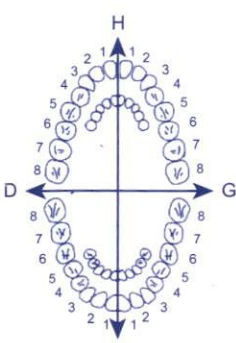
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<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			MONTANTS DES SOINS
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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

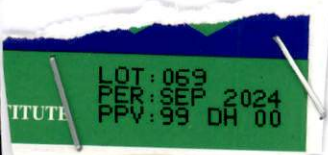
النساء والولادة

حاصل على دبلوم

من كلية الطب ليل - فرنسا

Tanger, le:

7/11/2022 طنجة في



1^{re} Zerkaoui Samira

2^e 5200

Gynopevaryl
100/1 x 6 j

20^e
134^e

2^e / Clenidene

99-90

1 aff x 6 / 1 x 6

Doxine 200

1 aff x 2 / 1

243^e

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

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Gyno-pevaryl ovules gyn b3
P.P.V.: 57,00 DH
6 118000 012023

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Gyno-pevaryl ovules gyn b3
P.P.V.: 57,00 DH
6 118000 012023

CLENIDERM® crème

Béclométhasone dipropionate

Composition :

Béclométhasone dipropionate 0,025 g
Extrait de chlorocrésol) q.s.p. 100 g

Précautions d'emploi :
CL
Il est
pru
Indi
- Ind
- In
- In
ps
lic
sét
- Ind
apr
Cont
Derm
vason
Effets
Ils résu
puissan
la surfac

mmatoires (comme l'hypersensibilité de contact), et l'effet
facteur. Inhibe la multiplication cellulaire.

cale est tenue pour le meilleur traitement :
ification.

des traitements habituels : dermite de stase,
es), lichen, prurigo non parasitaire, dyshidrose,
mulaire, lupus érythémateux discoïde, dermite
symptomatique du prurit du mycosis fongique.
ve : piqûres d'insectes et prurigo parasitaire

parasitaires ; dermatoses faciales à composante
s ulcérées.

mauvaise utilisation : durée excessive du traitement et
produit sont responsables d'effets indésirables locaux. Si, en outre,
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)

Cleniderm® crème
Béclométhasone Dipropionate

PROMOPHARM S.A.



PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc