

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-781494

NS3834

adhérent
Prévo-

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5018	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IKADILI OTTANIA AYASARA			
Date de naissance : 21/10/71			
Adresse : 7 HENRY MONNAIE CMIA			
Tél. : 0668197795	Total des frais engagés :		
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>DR. YOUSSEF CHAMBI CHAMBI TANGER</p> </div>	
Date de consultation : 08/02/2023	
Nom et prénom du malade : IKADILI OTTANIA AYASARA Age: 13	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Dermatose	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances 20 MAR. 2023	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : Tanger

Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
08/02/23	CS		250 Dhs	<i>P. KESSIA CHAIBI INP : 1471051 - TP: 50428996 ICE: 002170644000012</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la LYCEE Rue Allal Ben Abdellah - Tanger 002170644000012</i>	08/02/23	17.40
	16/2/23	45.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

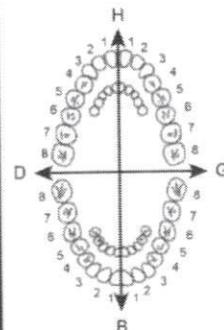
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

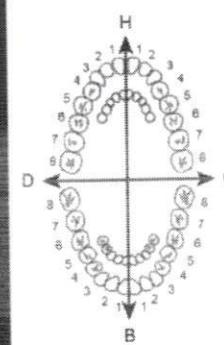
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Yassir Chaibi

Spécialiste des maladies et chirurgie

Peau - Cheveux - Ongles

Dermatologie pédiatrique

Infections sexuellement transmissibles

Médecine Esthétique - Lasers

Consultations sur le rendez-vous

Tél.: 0539 32 04 07

06 64 32 04 07

JF



الدكتور ياسير شعيبى

الخصاصي في أمراض وجراحة

الجلد والشعر والأظافر

الأمراض الجلدية للأطفال

الأمراض التنسالية والمنقوله جنسيا

الطب التجميلي والليزر

زيارة الطبيب بالموعد

الهاتف : 0539 32 04 07

06 64 32 04 07

Cabinet de Dermatologie
Médecine Esthétique - Lasers

Dr Yasser Chaibi

N° Dossier

Tanger, lemercredi 8 février 2023..... طنجة في

M. Mme

KADIRI OTMANI Aya sara

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
6 118000 161295

DERMOVAL 10 G CREME

1 app/soir pdt 5j puis 1soir/2 pdt 10j

S.V

الدكتور ياسير شعيبى
Dr. YASSIR CHAIBI
Dermatologue et Venerologue
39, AV. Prince Moulay Abdellah - TANGER
Tel. 0539 32 04 07 - TANGER

q.s - 10g

Pharmacie du Lycée
Tél. 0539 011178
ICE: 00168224 INP: 161168224
39, Avenue Prince Abdellah - Tanger

RDV

الموعد

39, شارع الأمير مولاي عبد الله - طنجة (أمام سينما كويابا)

Docteur Yassir Chaibi

Spécialiste des maladies et chirurgie

Peau - Cheveux - Ongles

Dermatologie pédiatrique

Infections sexuellement transmissibles

Médecine Esthétique - Lasers

Consultations sur le rendez-vous

Tél.: 0539 32 04 07

06 64 32 04 07

Ran



الدكتور ياسر شعيب

الخصاصي في أمراض وجراحة

الجلد والشعر والأظافر

الأمراض الجلدية للأطفال

الأمراض التناسلية والمنقوله جنسيا

الطب التجميلي والليزر

زيارة الطبيب بالموعد

الهاتف : 0539 32 04 07

06 64 32 04 07

Cabinet de Dermatologie
Médecine Esthétique - Lasers

Dr Yassir Chaibi

N° Dossier

Tanger, le jeudi 16 février 2023 طنجة في

M. Mme

KADIRI OTMANI Aya sara

us.80

CORTANCYL 20 MG 20 COMP

1 cp/matin pdt 3j puis arret



DERMOVAL 10 G CREME

1 app/soir pdt 5j puis arret

الدكتور ياسر
DR YASSIR CHAIBI
Dermatologue - Venerologue
39 Avenue Prince Moulay Abdellah
Tel.: 0539 32 04 07 - TANGER

RDV

الموعد

39, Avenue Prince Moulay Abdellah Tanger (en face de cinéma Goya) طنجة (أمام سينما كويما)

Cortancyl® 20 mg

CP SEC B20

- Ce mèd... n... à prescrit. Ne le donnez pas... rait leur être nocif, même si les signes de t... ate 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.

SANOFI

Comment prendre des décisions

in de la relire.
otre médecin

prescrit. Ne le

- ## **1. QU'EST-CE QUE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB07

GLUCOCORTICOÏDES - USAGE SYSTÉMIQUE

(H. Hormones systémiques non sexuelles).

Indications thérapeutiques

Ce médicament est un corticoïde (également appelé anti-inflammatoire stéroïdien).

Ce médicament est réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans et de plus de 20 kg.

Ce médicament est utilisé dans de nombreuses maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire. Son action est utile dans le traitement de nombreuses affections inflammatoires ou allergiques.

À fortes doses, ce médicament diminue les réactions immunitaires et est donc également utilisé pour prévenir ou traiter le rejet de greffes d'organes.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable :

- Si vous êtes allergique à la prednisone ou à l'un des autres composants contenus dans CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable, mentionnés à la rubrique 6.
 - Si vous avez une infection.

- Si vous souffrez actuellement d'une maladie virale (hépatite virale, varicelle) ou qui peut réapparaître (herpès, zona).
 - Si vous avez des problèmes mentaux et que vous n'êtes pas traité pour ceux-ci.
 - Si vous devez être vacciné par un vaccin vivant (par exemple contre la rougeole, la varicelle, la fièvre jaune...).
 - Chez l'enfant de moins de 6 ans car il peut avaler de travers le comprimé et s'étouffer.

Avertissements et précautions

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

Avant le traitement, prévenez votre médecin :

 - Si vous avez été vacciné récemment,
 - Si vous avez un ulcère digestif, une maladie du gros intestin, ou si vous avez été opéré récemment pour un problème d'intestin,
 - Si vous avez du diabète (taux de sucre trop élevé dans le sang), ou une tension artérielle élevée,
 - Si vous avez une infection (notamment si vous avez eu la tuberculose).

- Si vos reins ou votre foie ne fonctionnent pas correctement,
- Si vous souffrez d'ostéoporose (maladie des os avec une fragilité des os) et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire),
- Si vous avez séjourné dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire,
- Si vous avez une maladie des glandes surrénales appelée Syndrome de Cushing,
- Si vous avez des problèmes rénaux ou un taux élevé d'acide urique dans votre sang avant de commencer le traitement par CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable. Vous devez informer votre médecin si vous présentez des symptômes du syndrome de lyse tumorale tels que crampes musculaires, faiblesse musculaire, confusion, perte de vision ou troubles visuels, essoufflement, convulsions, rythme cardiaque irrégulier ou insuffisance rénale (diminution de la quantité d'urine ou assombrissement de l'urine) au cas où vous souffririez d'une tumeur maligne hématologique (voir rubrique 4 « Quels sont les effets indésirables éventuels »).

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre CORTANCYL 20 mg, comprimé sécable si vous souffrez de :

- Sclérodermie (également connue sous le nom de sclérose systémique, un trouble auto-immun), car des doses journalières de 15 mg ou plus peuvent augmenter le risque de développer une complication grave appelée crise rénale