

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-781494

153834

adhérent
Prév.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3018

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IKADIRI OTMANI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 21/10/71

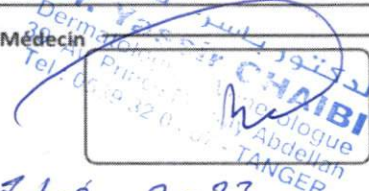
Adresse : 7 HENRY MOUAH CMA

Tél. : 0668197795

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/2023

Nom et prénom du malade : IKADIRI OTMANI AKASRA Age: 13

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Derm

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 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 : Tanger

Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/02/23	250.000	INP: 4474051 - TP: 50428996 ICE: 002170644000012 CHAIBI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALYCEE 15, Rue Allal Benabdellah, Tanger Tél: 0539511178 ICE: 001850522000024 INP: 162022057	08/02/23	17.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 []											
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []											
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
[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



Cabinet de Dermatologie
Médecine Esthétique - Lasers

Dr Yassir Chaibi

الدكتور ياسر شعيبي

اختصاصي في أمراض وجراحة
الجلد والشعر والأظافر
الأمراض الجلدية للأطفال
الأمراض التناسلية والمنقولة جنسيا
الطب التجميلي والليزر
زيارة الطبيب بالموع

الهاتف : 0539 32 04 07

06 64 32 04 07 ☎

N° Dossier

Tanger, le mercredi 8 février 2023 طنجة في

M. Mme KADIRI OTMANI Aya sara

17.40
DERMOVAL 10 G CREME

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



الدكتور ياسر شعيبي
Dr. Yassir CHAIBI
Dermatologue
39, Ave. Prince Moulay Abdellah
Tél.: 0539 32 04 07 - TANGER



RDV الموعد

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

INPE : 161168224 - ICE : 002170644000012

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



Cabinet de Dermatologie
Médecine Esthétique - Lasers

Dr Yassir Chaibi

الدكتور ياسر شعيبي

اختصاصي في أمراض وجراحة
الجلد والشعر والأظافر
الأمراض الجلدية للأطفال
الأمراض التناسلية والمنقولة جنسيا
الطب التجميلي والليزر
زيارة الطبيب بالموع

الهاتف : 0539 32 04 07

06 64 32 04 07

N° Dossier

Tanger, le jeudi 16 février 2023 طنجة في

M. Mme KADIRI OTMANI Aya sara

4580
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 شعيبي
Dr Yassir CHAIBI
Dermatologue - Venerologue
39, Avenue Prince Moulay Abdellah
Tél.: 0539 32 04 07 - TANGER

RDV الموعد

39, Avenue Prince Moulay Abdellah Tanger (en face de cinéma Goya) (أمام سينما غويا) - طنجة - شارع الأمير مولاي عبد الله

INPE : 161168224 - ICE : 002170644000012

Cortancyl® 20 mg

SANOFI



CORTANCYL 20MG
CP SEC B20

nt de prendre
ations

in de la relire.
otre médecin

- Ce médicament est prescrit. Ne le prenez pas sans l'avis de votre médecin. Il peut être nocif, même si les signes de trouble 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.

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

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : H02AB07

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE.

(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 prednison 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