

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-537754

*mm = 30650*

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *H244* Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : *TAHRI Abdelkadir*

Date de naissance : *19/07/56*

Adresse : .....

Tél : *0666708919* Total des frais engagés : *372,70* Dhs

Cadre réservé au Médecin

*HEPATO - GASTRO - ENTROLOGUE*  
*S, Angle Bd de Paris 1 Bd Hassan 1er*  
*Tél: 0522 26 32 78 - 0522 27 01 15*  
*Fax: 0522 30 38 21 - Casablanca*

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : *23 JUIN 2020*

Nom et prénom du malade : *TAHRI ABDELKADIR* Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Affection Bifurcation*

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) : .....

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

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
23 JUN 2020		2 + Kip Rech. Sc.	350 DM	INP: 0910/11/1980 Dr. MOHAMED AMR HÉPATO - GASTRO - ENTOLOGIE

INP: 091011080

Dr. MOHAMED AMRAN  
HEPATO - GASTRO - ENTOLOGUE  
1 Anas, Bd de Paris 1 Bd Hassan 1<sup>er</sup>  
Tél: 0522 26 32 78 - 0522 27 01  
Fax: 0522 26 32 78 - 0522 27 01  
Montage de la Faculté

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Pharmacie EL FUJ Sidi Med Ben Abdellah Casa Tél/Fax 05 22 22 12 82	Date 23/6/2020	Montant de la Facture 22,20

Montant de la Facture

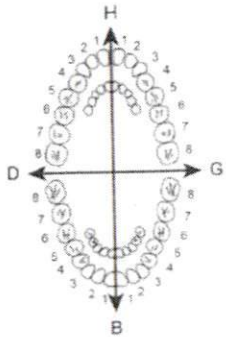
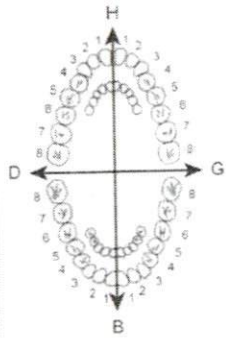
[illegible][illegible]

# 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	DNP : <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"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	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"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Important :**

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION	
------------------------	--

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
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 MOHAMED AMRANI

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
Spécialiste Diplômé du C.E.S.  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Maladies de l'Anus et du Rectum  
Chirurgie Anale - Endoscopie Digestive  
Membre de la Société Nationale Française  
de Gastro-Enterologie  
Membre de la Société Française  
D'Endoscopie Digestive

5, Angle Bd. de Paris et Bd. Moulay Hassan 1er

Tél. : C. { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86

Fax : 05 22 20 38 21

E-mail: amranimoh@hotmail.fr

SUR RENDEZ-VOUS

## الدكتور محمد العمراني

اختصاصي حائز على شهادة الاختصاص  
ففي أمراض الجهاز الهضمي  
من كلية الطب بتونس  
أمراض الكبد، المعدة، الأمعاء  
والبواسير - جراحة البواسير  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو في الجمعية الفرنسية  
للفحص بالمنظار

5. زاوية شارع باريس و شارع مولاي الحسن الأول

الهاتف : المكتب { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86

الفاكس : 05 22 20 38 21

البريد الإلكتروني : amranimoh@hotmail.fr

بالموعد

Casablanca, le .....

23 JUIN 2020

الدار البيضاء، في

22.70

Idr Bay Carter



22.70

pph - Anal with ch

DOCTEUR MOHAMED AMRANI  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hassan 1er  
Tél: 0522 26 32 78 - 0522 27 00 86  
Fax: 0522 20 38 21 - Casablanca

PHARMACIE BELLE VUE  
Lamiaa EL EULJ  
Pharmacienne  
45, Bd Sidi Med Ben Abdellah Casa  
Tél/Fax 05 22 22 12 82

22,70

# Baycutène® N

Crème

## Formes et présentations

Baycutène® N crème : tube de 15 g de crème pour application locale.

## Composition

Baycutène® N, crème pour application locale.

100 g de crème contient 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de dexaméthasone (soit 0,04 g de dexaméthasone).

Excipients : Alcool benzylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à chaîne moyenne, Hostaphat KW et l'eau purifiée.

## Classe Pharmaco-thérapeutique

Association d'un corticostéroïde et d'un antifongique imidazolé à large spectre d'action.

Anti-eczémateux.

## Indications

Baycutène® N crème est préconisé dans les infections fongiques cutanées à composante anti-inflammatoire importante.

## Contre-indications

Le traitement par Baycutène® N crème est contre-indiqué en cas de :

- Hypersensibilité au clotrimazole,
- Hypersensibilité à l'alcool cétostéarylique ou à l'un des autres composants,
- Affections cutanées spécifiques (syphilis, tuberculose),
- Infections cutanées d'origine virale (herpes, rosacée),
- Varicelle
- Réaction à la vaccination antivariolique,
- Dermatite péribuccale,
- Pansement occlusif en cas d'eczéma atopique,
- Durant le premier trimestre de la grossesse.

Pendant le reste de la grossesse ainsi que chez les nourrissons, Baycutène® N ne doit pas être appliqué sur des surfaces cutanées étendues ou pendant une longue durée. Il ne doit pas non plus être appliqué sur le sein allaitant.