

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-762402

16 FF 74 .

Courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7572		Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : Yousra Mohamed Naeelddine			
Date de naissance : 20/02/1958			
Adresse : 98 Rue Oualid Laâla Haya Targa Casablanca			
Tél. : 0667111209 Total des frais engagés : 449,80 Dhs Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	11/04/2023
Nom et prénom du malade :	Oncja Armane
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dermatologie
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 : Casablanca Le : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-762402	
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 : 7572	
Nom de l'adhérent(e) : Yousra	
Total des frais engagés : 449,80 Dhs	
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
11/04/23	S2	1	250.DH	INF. 101222263 367 337 333 288

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARABOUT Marrakech 05 24 24 24 24	10/04/23	199,85

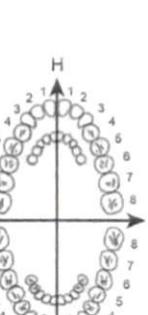
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553
25533412		21433552															
00000000		00000000															
00000000		00000000															
35533411		11433553															
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

Docteur Siham OUMAKHIR

Spécialiste en Dermatologie • Vénérologie

Chirurgie Dermatologique • Dermatologie Pédiatrique

Lasers Médicaux • Dermatologie Esthétique et anti-âge

Ex. Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires



الدكتورة سهام أمãخير

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

جراحة الجلد

طب التجميل والعلاج بالليزر

طبيبة عسكرية سابقاً بالستشفى العسكري

Marrakech, le .....

Dr Siham OUMAKHIR 2023

Avenue Hassan II Rce Nour II Appartement 3  
1er étage Marrakech Tél.: 05 24 433 288  
GSM: 07 62 367 337 INPE 101222263

n° Onufa Amazigh

1- Effuant aéri lipophile (à la tache).

37,80

2x/j pdt 7 jrs.

15

pis 1x/j pdt 7 jrs.

puis 1x/j pdt 7 jrs.

2 - Cicoplaste base B5

2x/j pdt 15 jrs,

sur le visage.

199,80

Dr Siham OUMAKHIR  
Médecin Dermatologue  
Avenue Hassan II Rce Nour II Appartement 3  
1er étage Marrakech Tél.: 05 24 433 288  
GSM: 07 62 367 337 INPE 101222263

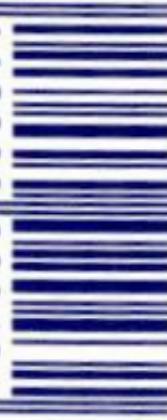
PHARMACIE DUHOUD  
Dr Siham OUMAKHIR  
2023 Avenue Hassan II Rce Nour II Appartement 3  
1er étage Marrakech  
Tél.: 05 24 433 288

INPE 101222263 • ICE 002301342000026

شارع الحسن الثاني إقامة النور || الشقة 3 الطابق 1 الهاتف: 05 24 433 288 المحمول: 07 62 367 337

Avenue Hassan II Rce Nour II Appartement 3 1er étage Marrakech • Tél.: 05 24 433 288 • GSM: 07 62 367 337

6 118000 020431



EFFICORT® Lipophile 0,127 %, crème  
Tube de 30 g  
AMM N°: 10 DMP/21/NCI

# Efficort® Lipophile

Acéponate d'hydrocortisone

Crème lipophile

Voie cutanée

0,127%

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

  
Ne pas avaler  
Respecter les doses prescrites

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

P.P.V.: 37,80 Hg  
EXP: DEC 2024  
LOT: 0101

GALDERMA

