

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° W21-762408

16 77 73.

Coumier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7572 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Mohamed Nouredine

Date de naissance : 20/02/1958

Adresse : 98 Ave Oualide Lalla Hayat Targa

Tél. : 0661111209 Total des frais engagés : 333,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SHAM OUMAKHIS
Médecin Dermatologue
Avenue Hassan II Rce Nour II Apt 3
10^{er} étage Marrakech - Tél : 05 24 433 288
GSM : 07 62 367 337
INPE 101222263

Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : Namsi Aya M

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Marrakech Le : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-762408

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) : Mohamed

Total des frais engagés : 333,10 DH

Date de dépôt :

[illegible]

INP :

701 282264

SE 1/4 Sec 11 T. 12 N. R. 12 E.

INP: 07

PE 101 367

1422263

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUIHOUD	13/06/23	83,10
Dr. SEMMAR Jihane		
Lot Massimoudi Targa - Marrakech		
Tél : 05 25 08 56 59		

Date _____

Montant de la Facture

13/06/23

83.10

ARMACIE
COMAR Iihane

Dr. SEMMAR

et Massmoudi Targa - No 26 50

05 25 08 56 59

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

Date _____

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

AM

PC

LM

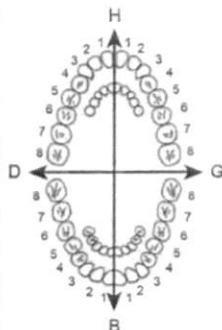
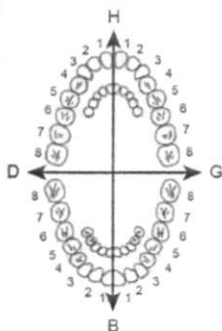
IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : <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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Important :

Veillez 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
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

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 أوماخير

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
جراحة الجلد
طب التجميل والعلاج بالليزر

طبيبة عسكرية سابقا بالمستشفى العسكري

Marrakech, le 13 JUIN 2023

مراكش، في 13 يونيو 2023
Nell Agn Denis

1 - Crème gel nettoie peau grasse

83,10

1x/j à son Avenir

en alternance
2 - Retacyl 0,05 cr : 2x /sem à son (Rdi - Jdi)

3 - Teen Derm K acétate : 3x /sem à son x 15j
puis 5x /sem x 03m

4 - Teen Derm Hydr : 1x/j à son matin.

5 - Retacyl 0,05 : 1 son/j à son le weekend x 01 m
(9,1) j 1x/j à son

INPE 101222263 • ICE 002301342000026

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

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



**RETACNYL + GROSSESSE
= INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte
et chez la femme planifiant une grossesse.

Retacnyl
trétinoïne

CREME

Voie cutanée

0,05%

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

RETACNYL 0,05 %

Crème, tube de 30 g

AMM N°260 DMP/21/NRQ

PPV:83,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1,27182 Bouskoura -Maroc



6 118001 070503