

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-762408

16 FF 73.

Coumer

<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)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M. M. Mohamed Nouredine			
Date de naissance : 20/02/1958			
Adresse : 98 Rue Oualili Lalla Haya Targa			
Tél. : 0661111209 Total des frais engagés : 333,10 Dhs Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. M. OUMAKHR Médecin Dermatologue Avenue Hassan II Rue Nour II, App. 3 1er étage Marakech - Tel: 05 24 433 288 GSM: 07 62 367 337 INPE: 101222263	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/06/2023
Nom et prénom du malade :	N. Aya
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 : Maroc Le : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

VOLET ADHÉRENT	
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) : M. M. Mohamed Nouredine

Total des frais engagés : 333,10 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
13/06/23	C	1	250 DH	INP : 10172236 Dr. SMITH Dentiste à Marrakech - Tel: 05 24 45 288 INP: 101222263

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU SOUD DE SEMMAR Jihane 294 Lot Masnoudi Targa - Marrakech Tél : 05 25 08 56 59	13/06/23	83,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 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 [ ]
Determination du coefficient masticatoire				
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 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 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 أماخير

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

جراحة الجلد

طب التجميل والعلاج بالليزر

طبيبة عسكرية سابقاً بالمستشفى العسكري

13 JUIN 2023

Marrakech, le

مراكش، في

17 ell Ayda Denis

Dr. Siham OUMAKHIR  
Chirurgie Dermatologique  
1er étage, Résidence Targa, Avenue Hassan II, Marrakech  
GSM: 07 62 367 337 337 24 433 288  
INPE 101222263

1 - CeraKle gel nettoyant peau grasse

1x/j b soin matin

83,10

en  
altérance

2 - Retagyl 0,05 ai : 2x /sem b soin  
(lundi - jeudi)

3 - Teen Derm K onctuate : 3x /sem b soin x 15j  
pmi 5x /sem x 03m

4 - Teen Derm Hydri : 1x/j b matin.

5 - Retagyl 0,05 : 1 sem / sem b soin x 01m  
(0,1) j/j 1x/j b soin

INPE 101222263 • ICE 00230134 2000026

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

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

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



RETACNYL + GROSSESSE  
= INTERDIT

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

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

**Retacnyl**

trétinoïne

CREME

Voie cutanée

0,05%

**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