

# 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-769760



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 12650

Matricule : 12650

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ICHOUKH SUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence les Orchidées 3 Apt 6 Zmn S

Réf : 12650

Tél. : 0613 27 60 95

Total des frais engagés : 779 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/12/2021

Nom et prénom du malade : ICHOUKH SUSSAMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Valve

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

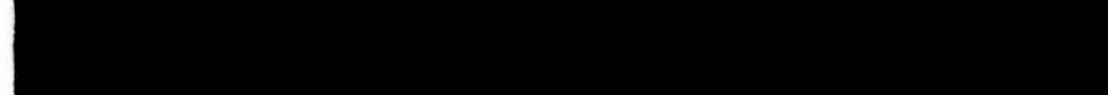
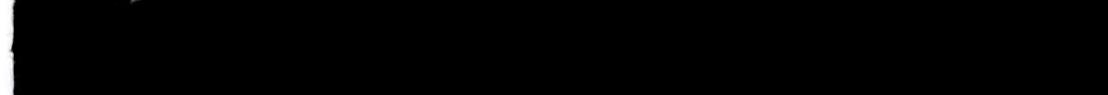
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/12/2021



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
10/11/2010	10/11/2010	10/11/2010	10/11/2010	10/11/2010
11/11/2010	11/11/2010	11/11/2010	11/11/2010	11/11/2010
12/11/2010	12/11/2010	12/11/2010	12/11/2010	12/11/2010
13/11/2010	13/11/2010	13/11/2010	13/11/2010	13/11/2010

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> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION																				
				FIN D'EXÉCUTION																				
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																								
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552			00000000	00000000	D		00000000	00000000			35533411	11433553	B		G	
H		25533412	21433552																					
		00000000	00000000																					
D		00000000	00000000																					
		35533411	11433553																					
B		G																						
<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'exécution</b> <input type="text"/>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																								

Dr Mohamed SEDIRA

PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourrisson - Enfant

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Médecine de Sport



15, Avenue des F.A.R  
1er étage App. N° 4 - Mohammedia  
Tél. : C. 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71

الدكتور محمد سديرة  
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

15 شارع الجيش الملكي  
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية  
العنوان : 05 23 31 06 08  
06 63 44 32 71  
المستعجلات :

Mohammedia, le

10/12/2022

المحمدية، في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

Khalid Yabri

2500

1) S.V

Rotenix

100 ml

277,00

S.V

Pentaxim

529,00

PHARMACIE ORTHOPÉDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZIYOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880

DR SEDIRA Mohamed  
Pediatre  
15 AV des F.A.R 1er Etage  
Appt 4 - Mohammedia  
Tél: 05 23 31 06 08 / INPE: 09124490

Des  
Toxic  
Toxic  
Anti  
Toxic  
Hem  
Polic  
- iop  
- iop  
Polys  
Onju  
(1) ad  
(2) UD  
(3) o c  
mé  
(4) pro

PC/GTIN : 03664798014136

MANUF. : 27012021

LOT : W0A511M

EXP. : 12-2023

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Pentaxim Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 277,00 DH

6 118001 080632

MFD/EXP :

AROLD234AB  
04-2021  
03-2024

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 252,00 DH  
6 118001 142361