

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-791107

162390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHOUKH OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Les Orchidées 3 Zna S Appt 5 Bd Riad

Rohammedia

Tél. : 0613276095 Total des frais engagés : 418,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Khadija SEBAA  
Pédiatre  
Résidence Palameski N°2  
RDC Gouche Mohammedia  
Tél 05 23 28 42 43 / GSM 06 63 71 75 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/05/2023

Nom et prénom du malade : KHOUKH Ines Age : 5 ans

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

Nature de la maladie : Brucellose

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 : 24-05-2023 Mohammedia Le : 24/05/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
24/12/23	9		250,00	INF : 0998926219 Dr. Khadija Pour l'acte Résidence GSM: 0685717511

Dr. Khadija  
RDC Gouche  
23 28 42 43 GSM: 06 65 71 75 11

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
---	--

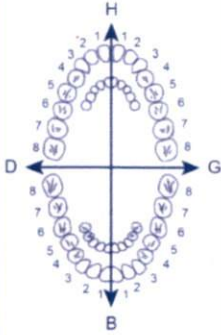
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

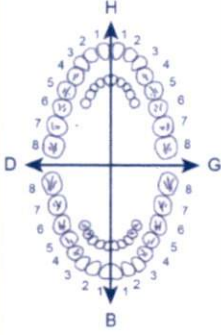
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Khadija SEBAA

## PEDIATRE

Spécialiste : Nouveau-Né, Prématuro, Nourrisson

Grand enfant et Adolescent

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Spécialiste en Médecine d'Urgences Médico-Chirurgicales

Ancienne Attachée des Honneurs de Paris



## الدكتورة خديجة السبع

اختصاصية في أمراض الأطفال المزدادون قبل الأوان،

الرضيع

الأطفال الكبار و المراهقين

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في طب المستعجلات العامة

طبيبة سابقا بمستشفيات باريس

LA GRANDE PHARMACIE  
EL GUEOUATRI SAMIR  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
WARDAT BO HASSANI MOHAMMED  
Tél : 05 23 28 42 43

المحمدة، في : 24/5/23. Mohammedia, le :

Khaoukh Zns

Dr. Khadija SEBAA  
Pédiatre  
Résidence Parameski N°2  
RDC Gouche Mohammedia  
Tél: 05 23 28 42 43 / 06 63 71 75 11

63,30 - Azia ou Agimar 150g / 1ms 191g / 5

36,40 - Kamed 20g (5) 141g vs le ref du michi (13g)

- A m'ael = 2cc = 21g

47,00 - clante (5) 1cc le soir (x15g)

21,50 - Capelused 250g (5) 1supp a 21g

Dr. Khadija SEBAA  
Pédiatre  
Résidence Parameski N°2  
RDC Gouche Mohammedia  
Tél: 05 23 28 42 43 / 06 63 71 75 11

168,20

إقامة بارمسكي (سبتة) سلم - ب - الشقة رقم 2 - الطابق الأرضي الأيسر - العيادة : 05 23 28 42 43  
Résidence Parameski (Sebta) Escalier 8, Appt. n°2 RDC gauche - Tél. C : 05 23 28 42 43  
المستعجلات : 06.63.71.75.11



**AZITHRIX® 200mg/5ml**

Poudre pour suspension buvable  
Flacon de 15 ml



6 118000 070092

63/30

**LOT : 2366**  
**PER : 02 - 26**  
**P.P.V : 36 DH 40**

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

**Kopreg® 20 mg**  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

**Clartec 0,1g/100ml flacon de 120ml**



6 118000 091387

**Clartec®**  
Loratadine 0,1g/100 ml

47/100

**ENFANTS**

LOT 224060  
EXP 11.2025  
PPV 21.50 DH

COQUELLEURAL PARACETAMOL 250  
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS



6 118000 020356

12

**LA GRANDE PHARMACIE**  
EL GUEGUATRI SAMIRA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
WARDA II BO HASSAN II MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 22 01 10