

## 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.

N° W21-797361

162392  Optique  Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 12650	Société : Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : KHOUKH SUSSAMA	
Date de naissance : 3 Juin 1989	
Adresse : Résidence les Drapées 3 Im. S. Apt. 6 Marrakech	
Tél. : 0613 27 60 95	Total des frais engagés : 433,6 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
11/05/2023	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : 121FOUKH	
Age : 35 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <i>Ja ce</i>	
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 11/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) : *One S.S.* Le : 11/05/2023

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
11/03/2023	9	100% 0,06811	100,00000	INP : 191171490 Mohamed El Hachemi

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
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 <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
				<b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																				
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
				H		G																		
				25533412	00000000	21433552	00000000																	
				D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																								

Docteur 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 Etage App. N° 4 - Mohammedia  
Tél. : C. : 05 23 31 06 08  
Urgences : 06 63 44 32 71

الدكتور محمد سديرة  
طب الأطفال  
الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

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

11. 05.

23.



16,30

-

Rifou Kit

Dr. SEDIRA Mohammedia  
15 AV des FAR 1er Etage  
App. 4 Mohammedia  
Tél: 05 23 31 06 08 / INPEP 0917 126490

Petit Drill

SV

134,60

TETRA

SV

32,60

Muxol

SV

100,30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Tetraxin Inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 134,60 DH

6 118001 080724

INALER® 2 mg/5 ml

Solution buvable  
Flacon de 100 ml



6 118000 070542

16,30

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32160

MUXOL® Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

AMM N° 50/19 DMP/21/NRQ

موكسول®  
أمبروكسول