

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Nº W21-805445

A69807

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>18650</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KHOUKH OUSSAMA</u>			
Date de naissance : <u>3 Juin 1989</u>			
Adresse : <u>Présidence Les Dr Phildes 3 App F Imm S</u>			
Tél. : <u>0613276095</u>	Total des frais engagés : <u>1110</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr SEIDI RA Monhammed	
Date de consultation :	<u>06/10/2023</u>
Nom et prénom du malade :	<u>KHOUKH YOUSSEF</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>DC</u>
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 : Morframedia Signature de l'adhérent(e) : Youssef
 Le : 06/10/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L GRANDE PHARMACIE L GUE QUATRI SAMIRA SCTEUR DE LA PHARMACIE DA II BD HASSAN II MOHAMMEDIA T : 05 23 32 01 10	06.01.23	860.00

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <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					
$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 35533411 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
$\begin{array}{r l} & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline G & & 00000000 \quad 11433553 \\ B & & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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						

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

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

Mohammedia, le

06.07.2023

المحمدية، في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

KHOUIC H / 4078

460,00

- 1 Prennre

75,00

LEVOFLOXACINE 196x3

75

75

1860,00

25,00

D. Cereales infus

- Lopodex 8g

LA GRANDE PHARMACIE
EL GUEWATRI SAMIRA
DOCTEUR SAMIRI CHAMIA
WARDA II BD HASSAN II MOHAMMEDIA
Tél: 05 23 32 01 10

Dr. SEDIRA Mohammedia
Tél: 05 23 31 06 08
Fax: 05 23 34 32 71
Mobile: 06 63 44 32 71

Lorodes® 0,5 mg/ml
Desloratadine
Flacon de 60 ml



6 118000 331230

25,00

LEVOPHTA 0,05%
Colyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/عيار H8642
FAB/مصنع 07-2022
EXP/انتهاء 06-2024

6118001270354

PPV : 75,00 DHS

Prevenar 13®
suspension injectable

PPV : 760,00 DH



6 118001 171057

Lot/EXP:

FX9587
09/2024