

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-805457

129021
Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12650		
Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KHOUKH SUSSAMA		
Date de naissance : 3 Juin 1989		
Adresse : Résidence Les Dr. Ridées 3 Appt 6 Dm S Bad Riad Mohammedia		
Tél. : 0613 27 6095	Total des frais engagés : 497,4 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	21 Oct 2023	Age : 31 ans
Nom et prénom du malade :	KHOUKH SUSSAMA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Gout	
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 : Mohamad Fakir
Signature de l'adhérent(e) : 
Date : 16 OCT. 2023
R ACCUEIL 109 12023

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
21/09/2023	Q	Uo	INP : 09126490	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE SAINT-JEROME	21/02/23	041.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

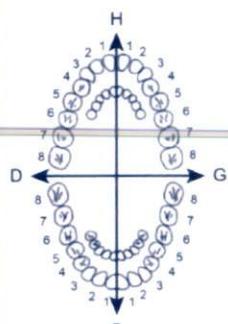
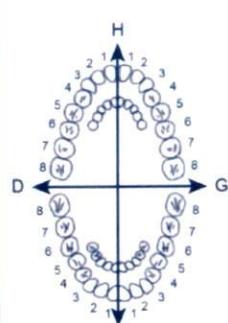
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				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
Urgences : 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

العيادة : 05 23 31 06 08
 المستعجلات : 06 63 44 32 71



Mohammedia, le

21. 09. 2023.

124001C4 40810.

47. 15.00

No SV 20L. Sing

Ad. 1015 x 4 IT

4. 5.00

Diflostop 150mg

66.00 x 2

LA GRANDE PHARMACIE
DOCTEUR HASSAN K. WARDI
WARDA II BP 114 SANAYE MOHAMMEDIA
Tél: 05 23 82 01 15

SV

150mg

SV

38.5

SV

38.5

SV

38.5

Et AMOX. eufed
Nose. 1015 x 3 (Bab)

41 9.80

Alegotropyl. 200mg

1/2m 8 038.5

58.00

AU RICOCOL



grise

82.00

-

247.40

-

Nifluril 400 mg

PPV 66DH00



18

LOT

005
2026-07

09.2022A_FR_BOX



NIFLURIL 400 mg
8 suppositoires



6 118000 030959

NIFLURIL

ENF

PPV 22DH00

EXP 08/2025

LOT 26076 3

Nurodol
enfants & nourrissons

Flacon 200ml



6 118000 180715

PPV 66DH00

LOT 200209
EXP 12/2024

PPV 66DH00

PPV 66DH00

PPV 66DH00

LEVAMOX® 100mg/12,5mg/1ml
Poudre pour suspension buvable - 60ml



6 118000 032908

ALGOTROPYL 200
Paracétamol - Prométhazine

10 Suppositoires



6 118000 040026

PPV 66DH00



6 118000 040026