

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.

N° W19-567549

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : R 0678	Société : R. A. M. 67483		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAMRI Zoubida			
Date de naissance : 22 Août 1945			
Adresse : 27 JBL Bouriblane App'ty Résidence ALKAS BAH - AGDZ - Rabat			
Tél. : 0661283409 Total des frais engagés : 1000 X 71 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur Omar MAMRI Professeur de dermatologie (E-R) 56, rue Jbel Ayachi, Agdal, Rabat GSM 0661451032 mamsedrati@gmail.com </div>			
Date de consultation : 03/03/2021			
Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dermite -			
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 : Rabat Le : 03/03/2021			
Signature de l'adhérent(e) :			

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03/03/2021	C148 = K10		1000 dh	INP : 1011018888 Docteur Omer Ibrahimi Agache 105/2 Professeur Omer Ibrahimi Agache 105/2 libe Agache 105/2 ibrahimi_agache_105@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">SOCIÉTÉ MODERNE</p> <p>SOCIÉTÉ UNIQUE</p> <p>AGENCE RÉGIONALE de ROBERT</p> <p>03 57 77 89 82 / 06 37 77 09 70</p> <p>FAX: 06 37 77 23 74</p> <p>INDE: 102043494</p>	03/03/2021	7100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR			

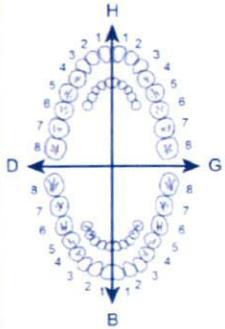
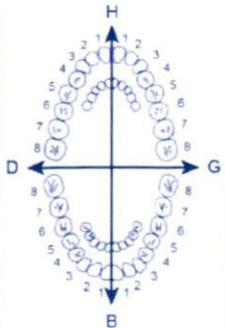
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D G 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Docteur Omar SEDRATI
Professeur de dermatologie
Ancien Médecin chef du service de dermatologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V de Rabat

الدكتور عمر السدراتي
أستاذ محظوظ الجلد
حبيب رئيس مصلحة محظوظ الجلد
بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس بالرباط سابقا

Rabat, le

03 mars 2021

الرباط يومه

Madame Zoubida MAMRI

1. b, 40

1. SEPTICA spray

Nettoyage deux fois par jour et à la demande en cas de toilettes ou d'ablutions.

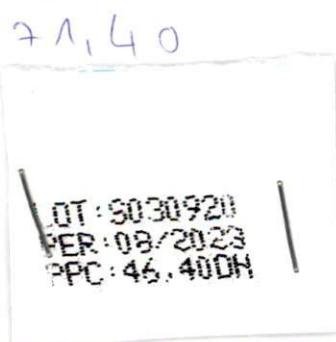
25, 00

2. COCCIDIN pommade

Applications en couche mince sur les lésions après chaque nettoyage.



LOT: 200605
PER: 04-23
PPV: 25.00DH



أدوية الحديثة
PHARMACIE MODERNE
S.A.R.L D'ASSOCIE UNIQUE
Place Rabta Al Aadaouya, Rés. Kaïs
Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 89 82 / 05 37 58 09 70
Fax: 05 37 77 23 54

56. زنقة جبل العياشي على شارع ميشلين أكدال الرباط

56, rue Jbel Ayachi, angle rue Michlifen, Agdal Rabat

Fix : 0537682319 GSM : 0661491032 omarsedrati@gmail.com

INPE 101101889 ICE 001680735000053 IF 14455696 TP 25772163 CNSS 5251567

Docteur Omar SEDRATI
Professeur de dermatologie
Ancien Médecin chef du service de dermatologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohammed V de Rabat

الدكتور عمر السدراتي
أستاذ حب الجلد
طيب رئيس مصلحة حب الجلد
بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس بالرباط سابقا

Rabat, le

الرباط يومه

03 mars 2021

NOTE D'HONORAIRES

Madame Zoubida MAMRI

Age: 75 ans (née le 22/08/1945)
CIN A9931

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Destruction de verrues séborrhéiques multiples du cuir chevelu.

Pulvérisation en deux passages d'azote liquide sur chaque lésion n = 4 lésions

Nomenclature de l'acte: C 148, Cotation: K10

La présente note d'honoraires est arrêtée à Mille (1000) dirhams

Docteur Omar SEDRATI,
Professeur de dermatologie (S.R)
56, rue Jbel Ayachi, angle rue Michlifen, Agdal Rabat
Fix : 0537682319 GSM : 0661491032 omarsedrati@gmail.com

56، زنقة جبل العياشي على شارع ميشلين أكدال الرباط

56, rue Jbel Ayachi, angle rue Michlifen, Agdal Rabat

Fix : 0537682319 GSM : 0661491032 omarsedrati@gmail.com

INPE 101101889 ICE 001680735000053 IF 14455696 TP 25772163 CNSS 5251567



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 03.03.2021

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : R0678 N° de poste :

Nom et Prénom de adhérent : MAMRI Zoubida N°Tél. bureau :

Nom et Prénom du bénéficiaire : N°Tél. domicile : 0661.223402

A remplir par le praticien

Je soussigné : Docteur Omar SEDRATI,
Estime que l'état de santé de Mlle Mme M kabat Zoubida MAMRI
Nécessite chamsedrati@gmail.com

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) C 148 = K 10

..... (Voir note d'honoraires et Compte Rendu)

Une hospitalisation de : (Approximatif)

A : (préciser l'établissement hospitalier)

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

..... Revascularisation du cœur gauche -
..... Docteur Omar SEDRATI,
..... Professeur de Médecine,
..... 56 rue Jbel Ayach - Casablanca,
..... 0522-91-23-36 / 0522-91-23-76
..... 03.03.2021
..... Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :
.....
.....
.....

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Docteur Omar SEDRATI
Professeur de Médecine
56 rue Jbel Ayach - Casablanca
0522-91-23-36 / 0522-91-23-76
chamsedrati@gmail.com

Docteur Omar SEDRATI
Professeur de Médecine
56 rue Jbel Ayach - Casablanca
0522-91-23-36 / 0522-91-23-76
chamsedrati@gmail.com