

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-567549

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 0678 Société : R. A. M. 67483
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAMRI Zahida
 Date de naissance : 22 Aout 1945
 Adresse : 27-Bl Bonibane Appt4 Résidence
ALKASBAH - AGDAL - Rabat
 Tél. : 0661283409 Total des frais engagés : 1000x7100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omar S. (E-R)
 Professeur de dermatologie (E-R)
 56, rue Jbel Ayachi, Agdal Rabat
 GSM 0661491032
 omarsedrati@gmail.com
 18 AVR. 2021
 ACCUEIL

Date de consultation : 03 03, 2021

Nom et prénom du malade : MAMRI Zahida Age : 75

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

Nature de la maladie : Diabète

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

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	10	1000 dh	INP : 101101888

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> PHARMACIE MODERNE SOCIÉTÉ UNIQUE AGGLOUVE BAS KAY BOULEVARD ROBAT 03 67 77 89 82 / 05 37 63 09 70 Fax: 05 37 77 23 54 </p>	03/03/21	714.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <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																	
	<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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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
استاذ طب الجلد
رئيس مصلحة طب الجلد
بالمستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس بالرباط سابقا

Rabat, le

الرباط يومه،
03 mars 2021

Madame Zoubida MAMRI

1. SEPTICA spray

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

2. COCCIDIN pommade

Applications en couche mince sur les lésions après chaque
nettoyage.

Signature of Docteur Omar SEDRATI, Professeur de dermatologie (E-R)
GSM: 0661491032
omarsedrati@gmail.com

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

LOT: 5030920
PER: 08/2023
PPC: 46.40DH

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

56, زقة جبل المياشي على شارع ميشلفين اكدال الرباط

56, rue Jbel Ayachi, angle rue Michlifien, 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 طب الجلد
رئيس مصلحة طب الجلد
بالمستشفى العسكري الدرامي
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)
Ancien Médecin Chef Agdal Rabat
0537682319 / 0661491032
omarsedrati@gmail.com

56, زقة جبل العياشي على شارع ميشلفين اكدال الرباط

56, rue Jbel Ayachi, angle rue Michliflen, 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 Zoubide

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. Zoubide MAMRI

Nécessite : GSM 0661451032 omarsedrati@gmail.com

Un acte coté 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) :

Kératose séborrhéique du cuir chevelu

Docteur Omar SEDRATI

Professeur de dermatologie

58 rue Jbel Agdal Rabat

GSM 0661451032

omarsedrati@gmail.com

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 dermatologie (E-R)
58 rue Jbel Agdal Rabat
GSM 0661451032
omarsedrati@gmail.com

Docteur Omar SEDRATI
Professeur de dermatologie (E-R)
58 rue Jbel Agdal Rabat
GSM 0661451032
omarsedrati@gmail.com