

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-686722

185940

(5)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHOUKHI DRISSA AITA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Appt 6 Imm S

Tél. : 06 13 27 60 95

Total des frais engagés : 536,4 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

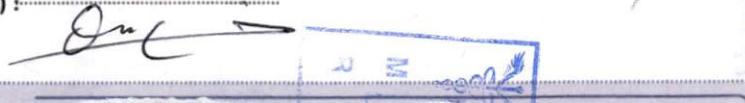
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Mohammmedina

Le : 02/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
02/06/2020	00	0	0	INP : <input type="text"/> MEDIRAH MOUNA DOCTEUR MOUNA MEDIRAH 02/06/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE EL GUEOUATRI SAMIRA DOCTEUR EN PHARMACIE WARDAT II BOUASSAN II MOHAMMEDIA Tél : 05 23 32 01 10	08 08 <u>2022</u>	286.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

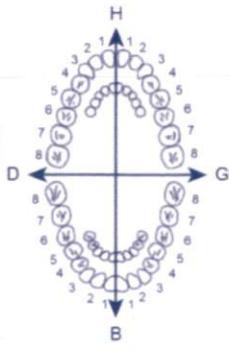
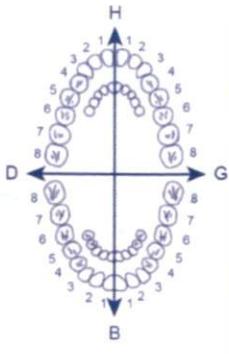
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

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 سديره
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

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

Mohammedia, le

02.08.2022

المحمدية، في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

RHOUKH Yassine

03.80

1. MARIME, R.SV SP

1 pale. P, v

Nord bel
agypt egypt

LA GRANDE PHARMACIE
EL GUECHTRI SAMIA
DOCTEUR A. D. PHARMACIE
WARDA II ED HASSANI MOHAMMEDIA
Tél : 05 23 32 01 10

B CG

13.00

4. Aeroqyl 15 H

84,00

BOTTU SA
PPV : 84 DH 00

5. KONA 1kg mon 349.

1 ampoule = 0,2 ml =
2 mg phytomenadione (vitamine K₁)



26,40

Tobrex 0.3%

SV

1g tte 3n

08.00

Dolc

DR. SE

S

5

AN

4

02

31

06

08

00

00

00

T: 286,40

8,00



Dolostop® 100mg
Boîte de 10 suppositoires

6 118000 093



IDE PHARMACIE
ATRI SAMIA
PHARMACIE
MOHAMMEDIA

6 118001 390052

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT: 03716059 0700S4023
EXP.: MAY 2023 NOV. 2024

Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -
1 Place Louis Pasteur, 20360, Casablanca, Maroc
AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 61.20 DH
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

TOBREX® 0,3 %

Collyre, flacon de 5 ml

AMM N° 30 DMP/21/NCI

6 118000 020417

LOT 221 00

EXP 04/2025

PPV 26 40

3 518646 672330

ZENITH Pharma

PPC : 93,80 DH

10005930 ■■■

2023/02

Sterogyl® 15 "H"

600 000 UI/1,5 ml

Ergocalciférol

(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml

LOT : 181415

EXP : 09/2025

PPV : 13 00 DH

Sterogyl® 15 "H"

600 000 UI/1,5 ml

Ergocalciférol

(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml