

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-769750

M. N. A. M.



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
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 : KHOUMOUSSA			
Date de naissance : 3 Juin 1989			
Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Imm 5 App 6 Bd Riad Romdhane			
Tél. : 06 13 27 60 95 Total des frais engagés : 369 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. SEDIRA M. Pédiatre 5 Av des Palmiers App 2 Tel 05 22 20 45 45	
Date de consultation : 28/11/2022	
Nom et prénom du malade : KHOUSSA	
Age : 36	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Royal Air Maroc  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/11/2022

## 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
28/11/2012	TR	6	165	INP 09/11/2012

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/12	119,00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D 				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

Mohammedia, le



الدكتور محمد سديرة  
طب الأطفال

الرضيع - الأطفال  
خريج كلية الطب بباريس  
الطب الرياضي

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

28 ayay le 22  
المحمدية، في :

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant,

29.5.1  
4

17.0  
21.

22.5.21  
3.

110.0

Dr. SEDIRA Mohamed  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R.  
1er étage App. N° 4  
Tél. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71  
المحمدية، في :

SV  
Dr. SEDIRA Mohamed  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R.  
1er étage App. N° 4  
Tél. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71  
المحمدية، في :

SV  
Dr. SEDIRA Mohamed  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R.  
1er étage App. N° 4  
Tél. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71  
المحمدية، في :

SV  
Dr. SEDIRA Mohamed  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R.  
1er étage App. N° 4  
Tél. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71  
المحمدية، في :

SV  
Dr. SEDIRA Mohamed  
PEDIATRE  
15, Avenue des F.A.R.  
1er étage App. N° 4  
Tél. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71  
المحمدية، في :

PER: 08/2025  
LOT: 225071  
SUSP BUV FL 150ML  
P.P.U: 220190  
NO-DOL FEN 20MG/ML  
11/2024/06/1892



17,00

Supposédol Paracetamol

Nourrisson, 12 suppositoires



6 118000 092353

DE VOTRE MEDECIN OU



8 032578 479263

220619

Lot:  
À consommer  
avant le:

08/2025

PPC: 79,50 DH

