

# 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.

### Parlologie 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

N° W19-566901

149481

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13139

Société : RM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ATTOU WILFRED

Date de naissance : 05/10/91

Adresse :

Tél. : 06 63788830

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FOUISSI MOUNIA  
Av. de la République  
Dentiste  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com  
Tél: 05 21 51 88 88

Date de consultation : 10/05/23

Nom et prénom du malade : Noor Attou

Age :

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 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 : CAS

Le : 05/08/23

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
09/05/2023	C.S		200,00 D.H	INPE: 061198791 Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Av. de la Résistance, El Wahda I. N°98 Deraoua Tel: 0522 51 12 88 E-mail: mouniafouissi@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية الهدى PHARMACIE EL HOUDA Dr. Houada BENLAKHRYFA L'Esplanade Desoudj 340 DERAOUA Tel / Fax : 05 22 51 45 58	9/11/23	605,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

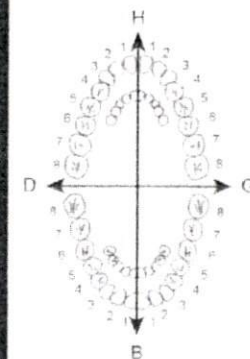
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

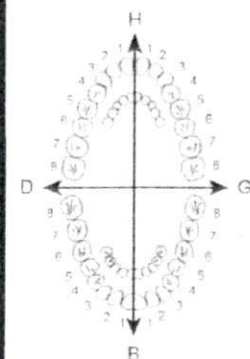
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTE


DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H									
25532412	00000000	01433552	00000000						
D								G	
00000000	00000000	00000000	00000000						
35533411	11433553								
B									

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



PPV: 20DH00  
PER: 06/23  
LOT: L2146

VISA ET CACHET DU

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS



4000

21,80



21,90



Dr.FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسسي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقبلة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

Le : 09/01/2023

Age : .....

Poids : 14.30

Nom : L'enfant : ATTOUG NOUR

1) AMYLASE SIROP

1 CAM 1/2 X 3/J PDT 5J

2) POLYDEXA GTTES AURICULAIRES

2 GOUTTES X3/J PDT 5J

3) SINGULAIR 4 MG

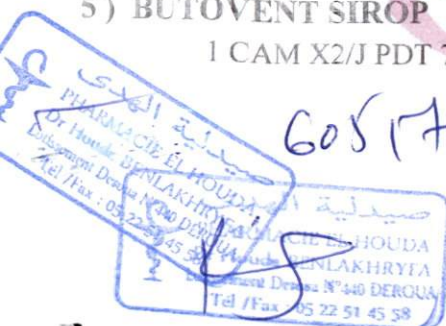
1 SACHET SUR UNE CUEILLEIRE DE YAOURT / LE SOIR 2 men  
MOIS

4) CURTEC SIROP

1 ACM LE SOIR PDT 10J

5) BUTOVENT SIROP

1 CAM X2/J PDT 7J



Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N°98  
Deroua. Tél: 05 22 51 42 88  
fouissi@gmail.com



Avenue de la résistance, El Wa  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 4

P.V. : 251.00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
P.V. : 251.00 DH