

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12514

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN

Date de naissance : 16-06-1984

Adresse : PERLE DE NOUACEUR II Appart 10

NOUACEUR

Tél. : 0674691526 Total des frais engagés : 317.43 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pédiatre  
Av. de la Résistance, El Wahda I N°98  
Dessia. Tel: 0522 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@amail.com

Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade : Ait Mahdi Sofia Age : 10 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : anaprine

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 : CASA

Le : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

M  
MUPRAS

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/03/2024      | ls                | 200,00.00             |                                 | DR M. DENTISTE PEDIATRIQUE                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur            | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE<br>NOTAIRE PARC<br>Tél : 05.22.33.72.32 | 04.03.24 | 119.40                |
|   |          |                       |
|   |          | 092093087             |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES        | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|------------------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
|                        |                |                  |             |                        |
| MONTANTS DES SOINS     |                |                  |             |                        |
| DEBUT D'EXECUTION      |                |                  |             |                        |
| FIN D'EXECUTION        |                |                  |             |                        |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX |                |                  |             |                        |
| MONTANTS DES SOINS     |                |                  |             |                        |
| DATE DU DEVIS          |                |                  |             |                        |
| DATE DE L'EXECUTION    |                |                  |             |                        |

**ODF PROTHÉSES DENTAIRES**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr.FOUSSI MOUNIA**  
**Pédiatre**

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



**د. الفويسى مونية**

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

Le : 04/03/2024

Age : .....

Poids : 14,10

Nom : L'enfant : AIT MAHDI SOFIA

34,40

1) BIOMYLASE SIROP

2CAM X3/J PDT 5J

80,00

2 ) AZIMAX 1500 UI

1DDP /J PDT 3J

S.V

S.V

119,40

PHARMACIE  
NOUACEUR PARC  
Tél : 05.22.53.72.32

PHARMACIE  
NOUACEUR PARC  
Tél : 05.22.53.72.32

Dr FOUSSI MOUNIA

Av. de la Résistance El Wahda I, N° 98  
Deroua Tel : 0522 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

POLYMÉDIC

بِيُومِيلَاز®

200 U.C.EP/ml

37,40

Azimax  
1500 mg

Poids < 25 kg:  
1 dose poids/jour  
soit 20mg/kg/jour



Poids ≥ 25 kg:  
1 pipette de 20  
+ 1 graduation de 5/jour  
25 kg : dose max/par jour

La durée du traitement est de 3 jours

Azimax\* 1500 mg  
Poudre pour suspension buvable

