

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-634872

84405

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12648 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ENNAYAR OUSSAMA
 Date de naissance : 08/05/1988
 Adresse : Glorieux Nouaceur IMC APR 92
 Tél : 0693 836928 Total des frais engagés : 729,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 14 SEPT 2021
 Nom et prénom du malade : ENNAYAR Kamil Age : 4 mois
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Vaccin
 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 : Casablanca Le : 15/09/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
14 SEPT 2021		Cs	200,00 MT	Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Av. de la Résistance, El Wahda I. N°98 Deraoua. Tél: 0522 51 42 88 E-mail: mouniafouissi@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AL MANZAH Boulevard Al Manzah, 2 Mag 1 Tél: 05 22 51 51 84 INPE: 062088778	14/09/21	529,00 MT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

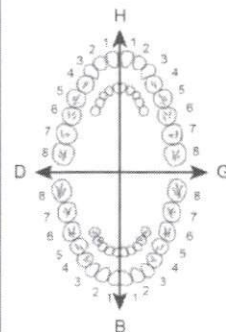
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

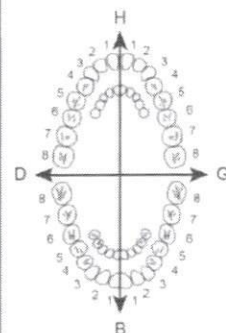
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Age :

Poids :

14 SEPT 2021

Nom : ENNayar Kamil

277,00 DH

1 - Zestaxim

1 نيف IM

Sar off-aventis Maroc
Rouine de Rabat - R.P.1,
Ain rebaa Casablanca
Pentaxim (n) b1 ser 1 dose
P.P.V : 277,00 DH
6 118001 060532

252,00 DH

2 - Rotarix

Ready to use/ No reconstitution required
Prêt à l'emploi/ Aucune reconstitution nécessaire
Listo para su uso/ No necesita reconstitución

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 252,00 DH



Rotav. ID: 647442
6 118001 142323

/ Vacuna contra

Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico
Do not inject/ Ne pas injecter/ No se i

T= 529,00 DH

PHARMACIE HAY AL MANZAH
Lol Al Manzah Imm 2 Mag 1
Tél: 05 22 51 51 84
INPE: 062088778

Dr. FOUISSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98
Deroua. Tél: 0522 51 42 88
Email: mouniafouissi@gmail.com

صاحب المقاومة، الوحدة I 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