

## 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.

**MUPRAS** : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-577291

*penis*

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *RA 7*

Matricule : *RA 7* Société : *RA 7*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *SI DE*

Nom & Prénom : *ADOUSS*

Date de naissance : *13/12/1970*

Adresse : *Lot Amossine HAY BEN ASSIR*

Tél. : *06 61343602* Agadir

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *04/10/2022*

Nom et prénom du malade : *ADOUSS NOUAMED REDA* Age : *04 en*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

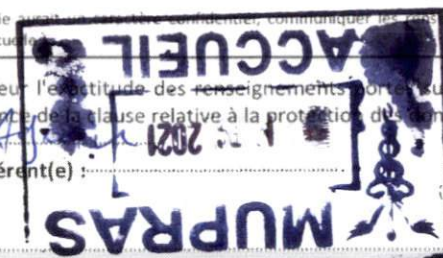
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où la maladie aurait été déclarée confidentielle, 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 : *Agadir* le : *05/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



### VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-577291

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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	
ABID Khadija Psychomotricienne أخصائية نفسية 06.61.29.08/50/05-28.84.88.79 abid.khadija@hotmail.fr	04/03/2021 Paris					200 Dhs 10 Séances 2000 Dhs

### VOLET ADHERENT

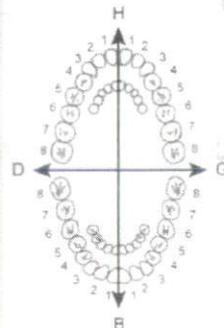
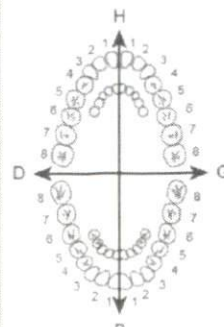
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

# Cabinet de Psychomotricité

Agadir, le 04/03/2024

## Devis

Nom et prénom : AOUSS Mohamed Rida

Prescription le : 19/02/2024 Docteur : AZIZ KHANNAS

Rééducation : Retard des acquisitions Hyperactivité, Trouble de concentration

Cotation : psychomotricité

Nombre de séances : 10 séances +

Prix unitaire : + 200 dh +

Montant total : + 2000 dh +

Arrêté le présent devis à la somme de : Deux mille dh

ABID Khadija  
Psychomotricienne  
أختصاص العلاج النفسي الحركي  
06.61.29.08.50 / 05.28.84.88.79  
abid\_khadija@hotmail.fr



# عيادة طب الأطفال وتربية الرضيع Cabinet de Pédiatrie et de Puériculture

**Dr. Aziz KHANNOUS**

**Pédiatre Spécialiste**

Pédiatrie-Néonatalogie-Allergologie-Pneumo Pédiatrie et Dermato Pédiatrie  
Neuropédiatrie (EEG) - Endocrinologie - Diabétologie Pédiatrique

Diplômé de l'Université de Paris V- Nice

Ancien Patricien Hospitalier des Hôpitaux de France

Ancien Enseignant de l'I.F.S.I. France

- Spécialiste des Maladies du Nouveau Nè du Nourrisson et de l'Enfant
- Pédiatre Spécialiste : Diplôme Inter Universitaire de Pneumopédiatrie et de l'Allergie (Asthme, Toux, Exploration de l'Allergie, Exploration Fonctionnelle Respiratoire de l'Enfant)
- Pédiatre Spécialiste : Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie Pédiatrique
- Diplôme Universitaire de Pédiatre en Maternité (Prise en Charge du Nouveau Nè Salle de Naissance)
- Attestation de Formation en EEG Pédiatrique - Paris Créteil
- Certificat de Endocrinologie - Diabétologie Pédiatrique Université Paris Diderot
- Membre de la Société Française de Pédiatrie
- Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie de l'Allergologie Française (SP2A)
- Membre de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique
- Membre de GEN-IF (Paris)

**الدكتور عزيز خنوس**

**طبيب الأطفال أخصائي**

طب الأطفال - طب أمراض الرئة والحساسية وأمراض الجلد عند الطفل  
التخطيط الكهربائي للدماغ عند الطفل - أمراض الغدد والسكري عند الطفل

خريج جامعة باريس V - نيس

طبيب أخصائي سابقاً بمستشفيات فرنسا

أسست سابقاً بـ I.F.S.I. فرنسا

- أخصائي في أمراض الطفل والرضيع والمولود الجديد
- حاصل على دبلوم جامعي في الأمراض التنفسية والرئة عند الطفل (الربو، الضيق، السعال، تشخيص الحساسية، تشخيص وظيفة الرئة)
- حاصل على دبلوم جامعي في الأمراض الجلدية عند الطفل
- دبلوم إنعاش المولود الجديد بباريس
- حاصل على شهادة التخطيط الكهربائي للدماغ عند الطفل بباريس كريتاي
- حاصل على شهادة في أمراض الغدد والسكري عند الطفل بباريس
- عضو بالجمعية الفرنسية لطب الأطفال
- عضو بالجمعية الفرنسية للأطفال لأمراض الرئة والحساسية بفرنسا (SP2A)
- عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجلدية عند الطفل
- عضو بجمعية طب المولود بباريس



Tiznit, le : ..... 19.02.2021 ..... في : تيزنيت،

Nom : ..... **AOUSS** ..... Prénom : ..... **Mohamed Rida** .....

Poids : ..... 16,00 Kg ..... Age : ..... 4 ans 1 mois .....

## - PSYCHOMOTRICITE

faire svp des seances de psychomotricite pour l'enfant sus nommé et qui presente un retard des acquisitions  
hyperactivité+++tr de concentration  
merci

Dr Aziz KHANNOUS

Rendez-vous avec Ordonnance le : .....

7 = 73.7

(1)

0 5 28 8 4 8 8 7 9  
— — — — —

نہ دے (کیا دھرم)