

# 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.

## Biologie 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047925

ND: 29133

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOU G ADDOU Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RAFIK Ibrah 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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047925

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 :



## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-505527

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGA DDOU Fokime

Date de naissance :

Adresse : AL Fendouss App 7 LHB8 Etage 2 ou lfo casa

Tél. :

0602467656

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

27/02/2020

Nom et prénom du malade :

BOUGA DDOU FOKIME

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

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 :

Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L/G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
27/02	C.V.		300	INP : 051278512 Dr. P. ALI - Home T16 Administratif - Casablanca Tél : 05 22 17 49 28 / 05 22 17 49 40
2020			DA\$	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/20	106.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/02	Rx de	300
	2020	Reumatisme	DA\$

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[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	

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

27,10

Dr. R

Pédiat

Échographie

Allergologie / Asthme

Exploration Échographique

ب الأطف  
ÉDIATRIE

POSOL  
D'ADM  
Adulte : la  
NE PAS LAIS

PPV 79DH70  
PER 09/22  
LOT 12151



ساسة  
وغرافيا

NOM : RAFIK HIBA

DATE : 27/02/2020

AGE : ans

P : 66kg

O° : 37°

27,10 - COTIPRED 20MG CP 2CP/JX6J.  
79,70 - MUXOL SIROP ADULTE 1CM 2 X/J X 8J.  
AZIX CP 1CP/J X3J.

Dr. ROUISSI ABDEL FETTAN  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Allopathe - Homéopathe  
Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 Appt. 2  
Boulevard Administratif - Casablanca  
Tél : 06 61 17 49 28 / 05 22 89 40 40

NB : le RDV de contrôle ne dépasse pas.....jours

Préfecture Hay Hassani : Imm. T016 Résidence Al Firdaous - Appt. n°2  
Bd. Nakib Med Taib Naciri (près de tribunal justice de la famille) - Casablanca  
Tél.: 0522 89 40 40 - Gsm : 06 61 17 49 28 • E-mail : a.rouissi@menara.ma  
Taxe Professionnelle : 36036213



عيادة طب الأطفال (الفردوس)

CABINET MEDICAL PEDIATRIQUE « AL FIRDAOUS »

DR ROUISSI ABDELFETTAH  
PEDIATRE - Homéopathe  
Allergologie / Asthme  
Exploration Echographique

الدكتور عبد الفتاح الرويسي  
طبيب الأطفال و الرضع  
الطب المثلي  
تشخيص و تتبع الربو و الحساسية  
الفحص بالصدى "الايكوغرافيا"

RAFIK HEBRA

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/02/2020.

fais une Rx de Polymérite

Dr. ROUISSI ABDELFETTAH  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Allopathe - Homéopathe  
Res. AL FIRDAOUS Immeuble T16 Appt. 2  
Boulevard Administratif - Casablanca  
Tel : 06 61 17 49 28 / 05 22 89 40 40

Immeuble T016 résidence AL FIRDAOUS (addoha)-apprt N°2

Boulevard Administratif- Casablanca

Tel : 06-61-17-49-28 / 05-22-89-40-40

Mail : [a.rouissi@menara.ma](mailto:a.rouissi@menara.ma)

TAXE PROFESSIONNELLE : 36036213

مركز فحص طب الأطفال (الفردوس)  
CENTRE DE DIAGNOSTIQUE PEDIATRIQUE  
« AL FIRDAOUS »

DR ROUISSI ABDELEFETTAH  
PEDIATRE – NEUROPEDIATRE  
NEUROPEDIATRE  
RADIOLOGIE NUMERISE  
ECHOGRAPHIE PEDIATRIQUE NUMERISE  
EEG - EMG - PE ECG

الدكتور عبد الفتاح الرويسي  
طبيب الأطفال و الرضع  
امراض الدماغ و العصب

CASA le : 27/02/2020

Nom : RAFIK  
Prénom : HIBA  
Date de naissance : 02/08/2006.  
Examen réalisé : Rx de poumon

- Thorax normal
- Pas de syndrome bronchique
- Culs de sac pleuraux libres
- Silhouette médiastino-cardiaque sans particularité.

Signée :  
Dr ROUISSI ABDELFETTAH

Dr. ROUISSI ABDELFETTAH  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Allopathe - Acmeopathe  
Res. AL FIRDAOUS n°116 Apt. 2  
Boulevard Administratif - Casablanca  
Tél : 06 61 17 49 28 / 05 22 89 40 40

Immeuble T016 résidence AL FIRDAOUS (ADDOHA)-App N°2

Boulevard Administratif- Casablanca

Tel : 061-17-49-28 / 022-89-40-40

Mail : a.rouissi@menara.ma