

**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 Itba ..... 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.



## 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 : BOUGAODOU Fatima

Date de naissance :

Adresse : Al Fendouss App 7 LHB8 Etage 2 oulfa 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 : RACH HABA 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 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) :

### 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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 : L. 27785<br>   |
| 2020                           |                   |                       | 300 DAS                         |  |

| 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  | Reumen                       | 300 DAS                |

| 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.                               |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| <b>Important :</b><br>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  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <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 |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412   | 21433552         |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | D  | G                |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 35533411   | 11433553         |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |  | 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

Dr. R

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

27,10

Pédiat

Échographie

Allergologie / Asthme

Exploration Échographique

طب الأطفال  
PÉDIATRIE

POSOL  
D'ADM  
Adulte : li  
NE PAS LAIS

A

PPV 79DH70  
PER 09/22  
LOT 12151



تاسية  
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.

106,80

Dr. ROUISSI ABDELFETTAN  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Alléopathe - Homéopathe  
Rés. AL FIRDAOUS Imm. T16 App. 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 - App. 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 ABDELEFETTAH  
PEDIATRE - Homéopathe  
Allergologie / Asthme  
Exploration Echographique

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

RAFİK HİBR

ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 27/02/2020.

Faire une Rx de Recurrence

Dr. ROUISSI ABDELEFETTAH  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Allopathe - Homéopathe  
Res. AL FIRDAOUS Imm. 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 الرويسى  
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 Itim. T16 Apt. 2  
Boulevard Administratif - Casablanca  
Tél : 06 61 17 49 28 / 05 22 85 40 40