

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

- 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 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° W19-471644

53725

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03532 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nouri Mostafa

Date de naissance : 10-03-1955

Adresse : DAR CHAOK Rue G N°7 Casablanca

Tél. : 0661 88 8244 Total des frais engagés : 948,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/11/20

Nom et prénom du malade : Dr BOUADOUSS ANNA

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 19/11/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

MUPRAS
30 DEC. 2020
ACCUEIL

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
20/11/20	C2		279,00	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Tél.: 05 22 87 00 85
	Nasph		509,66	

[illegible]

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

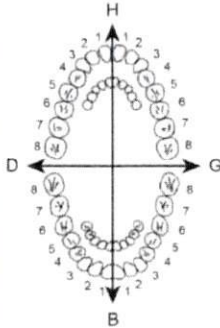
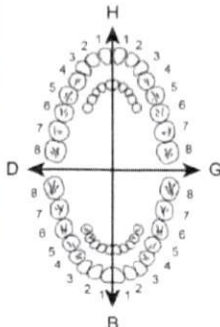
[illegible]

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 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie
de la face et du cou
Diplôme de vertige et troubles
de l'équilibre
Explorations de la surdité, vertige,
acouphènes et ronflement
Explorations endoscopique
-allergologie ORL
Ex Medecin ORL à l'hôpital
provincial Benslimane
ADULTES ET ENFANTS



ORDONNANCE

المفاد الأندلسي

راض

حالة الوجه

راب التوازن
الدوخة

داخلي

أمراض

طبية سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان
الكبار والصغار



LOT

200502

2023/09

PPC : 89,50 DH

Date

19/11/2020

Nom et Prénom

Ame Amina Bouk'Dass

Ineso 2mg

Pharmacie GOMRI
Bd. Tah Rue 2 N°2 Ain Chock
Tél: 022 87 45.60 Casa

Prednis 2mg

348

Aprisol Spray

228,1ml x 4

LOT: M0393
PER: 07/2032
PPV: 139,00 DH

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

إقامة الصفاء نيزة السكن الأنيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشق

404 Résidence safaa Lotissement Assakane Al Anik, Bd Al Qods, 1er étage Appt N°6, Ain Chock

05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 ✉ drseffarzhor@gmail.com - En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02

dte epaisne . ss. nodule .

à l'adduction, présence d'une fente

d'air

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSEI
Spécialiste en O.R.L. et Chirurgie
Cervico-Faciale
INPE 061173662 - I.C.E. 002045340000053
Tél. : 05 22 87 08 59

Spécialiste en ORL et chirurgie
de la face et du cou
Diplôme de vertige et troubles
de l'équilibre
Explorations de la surdité, vertige,
acouphènes et ronflement
Explorations endoscopique
-allergologie ORL
Ex Medecin ORL à l'hôpital
provincial Benslimane
ADULTES ET ENFANTS



ORDONNANCE

طبيبة اختصاصية في أمراض
وجراحة الأذن
الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه
و العنق
دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن
تشخيص نقص السمع، الدوخة
الطنين و الشخير
تشخيص بالمنظار الداخلي
أمراض الحساسية
طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي
بن سليمان
الكبار و الصغار

Date 19/11/2020

Nom et Prénom

M^{me} Amina Bwk Douss

Nasofibroscope 2
introduit le Nasofibroscope
par la FNS de
l'apex nasale inférieure
cavum lubré
Epiglottite et d'aspect Normal
CV d'aspect Normal et CV

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles
de l'équilibre

Explorations de la Surdité, vertige,
acouphènes et ronflement

Explorations endoscopiques -
allergologie ORL

ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

مختصة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
والوجه والفك والحنك

مختصة في أمراض التوازن

مختصة في السمع، الدوخة،
الطنين والتهنئة

مختصة في التنظير
الحنجرة

الكبار والصغار

Date 19/11/20

Facture N° 68/20

Nom du Patient : Mme BOUKIDOUSS ARINA

Acte médical	Coefficient	Montant TTC
Nasofibroscopie	K20	500,00 dh

Total facture : 500,00 dh

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale
INPE 061173062 - I.C.E : 002045940000053
Tel : 05 22 87 08 59

404 إقامة السكن الاتيق شارع القدس الطابق 1 شقة 6، عين الشبق

404 Résidence Assakane Al Anik, Bd Al Qods, 1^{er} étage Appt n°6, Ain Chock

☎ 05 22 87 08 59 ✉ drseffarzhor@gmail.com • En cas d'urgence : 06 16 33 03 02