

# 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

- 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**

**M22- 0047935**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3229

Société :

R.A.N.

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

154 309

Nom & Prénom :

BOUF RACHID

Date de naissance :

20.05.69

Adresse :

HABITOUER

Tél. :

0507478977

Total des frais engagés :

664 /

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade :

Age: 53

Lien de parenté :

☒ **Lui-même**

☐ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

App ORL

Affection longue durée ou chronique :

☐ **ALD** ☐ **ALC**

☐ **Pathologie**

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 :

CABA

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

27 / 03 / 23



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

24/01/23      K20      600,00

*Dr. I. CODEN*  
SPÉCIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue ALAOUSSI - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

24/01/23      158,10

*PHARMACIE DU PHARE*  
Rue de la Liberté - Casablanca  
Tél: 0008330978000039  
Fax: 0522 48 12 02

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

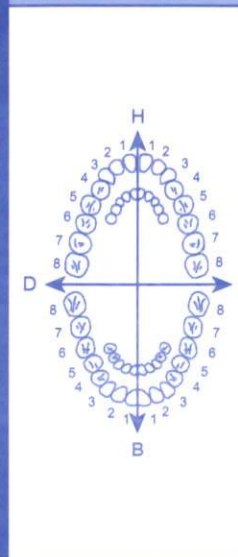
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

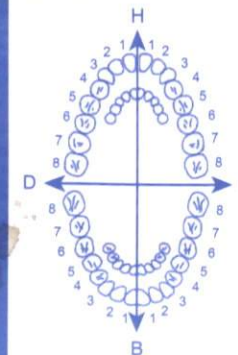
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
G  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



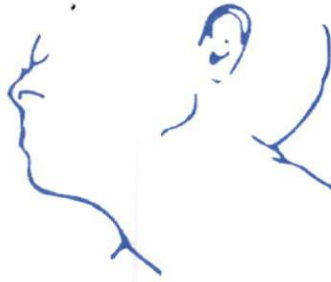
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Isaac COHEN**  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg  
Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg  
Spécialiste ORL  
Maladie et CHIRURGIE  
NEZ - GORGE - OREILLE  
FACE et COU  
VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



**الدكتور اسحاق كوهن**  
خريج كلية الطب بسطراسبورغ  
عمل سابقا بمستشفيات ستراسبورغ  
اختصاصي  
في أمراض وجراحة  
الأنف - العنق - الأذنين  
علاج الدوخة الصمم و الشيخير.

## NASOFIBROSCOPIE

24/01/2023

Mme SENE RACHIDA né le 14/05/1969

Examen fait sous AL xylocaine de contact 5% en vue d'explorer le cavum

- FOSSES NASALES
  - Muqueuse inflammatoire
  - Hypertrophie bilatérale des cornets inférieurs
  - Deviation de la cloison+
- CAVUM :
  - restes de végétations adénoïdes
- OROPHARYNX :
  - Pharyngite +++
- LARYNX :
  - Cordes vocales mobiles symétriquement
- SINUS PIRIFORME: libre

**CONCLUSION** : RESTES DES VEGETATIONS ADENOIDES . TRAITEMENT MEDICAL .  
ASUIVRE

DR COHEN ISAAC





## Reçu de règlement

mardi 24 janvier 2023

Mme SENE RACHIDA

N° reçu : RG236675

Acte : K20 : 600 DH

Montant réglé total : 600 DH

Mode de règlement : Espèce

Règlement acte

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue AL AOUFI - Casablanca



AXIMYCINE

PPV 64DH10

Dr. Isaac COHEN

Professeur de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg

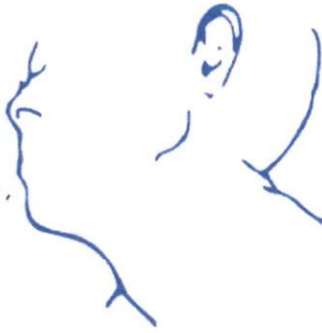
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



الدكتور اسحاق كوهن

خريج كلية الطب بسطراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات سطراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - العنق - الأذنين

علاج الدوخة الصمم و الشيخير.

24 janvier 2023

Mme SENE RACHIDA

64, 10

AXIMYCINE 1 G 14 COMP DISP

1 CP 2 FOIS PAR JOUR

BUCCOTHYMOL B. DE BOUCHE

2fois par jour

STERIMAR GM

lavage du nez

TANGANIL B20 CP

1 comprimé Matin et Soir



94, 10

138, 10

