

## 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

- 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 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° W19-478095

AS 4832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **10513** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **SAIP**

Nom & Prénom : **LOUAFI SAID**

Date de naissance : **16/04/1971**

Adresse : **Lot BLAN CHANA NS4 OULFA**

Tél. : **0610866586** Total des frais engagés : **471,30** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/03/2023**

Nom et prénom du malade : **LOUAFI SAID**

Lien de parenté : ☒ Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **27 MAR. 2023**

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 : **CASA**

Le : **27/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHERENT

MUPRAS

# 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
25.03.2023			250 100	INP : 151239084

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie TAM Dr. Hassan Jastar 302 Bd. Hassan II - CASABLANCA Tél: 05 22 88 18 99 INPE: 092055433	25.03.2023	12130

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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. CHENGUIR Meriem**

**Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale**



**الدكتورة شنكير مريم**

**أخصائية في أمراض و جراحة  
الأنف - الأذن و الحنجرة**

Lauréat de la faculté de médecine de casa  
Ancienne interne du CHU Casablanca

Explorations de la surdité et des Acouphènes,  
Roufflement et Pathologie du sommeil,  
Vertige et trouble d'équilibre  
Explorations Endoscopiques  
Chirurgie des amygdales et de la thyroïde  
Adultes et Enfants

مخرجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

تشخيص نقص السمع و الطنين،  
الشخير اضطرابات النوم،  
الدوخة و اضطرابات التوازن،  
الفحص بالمنظار الداخلي  
لدرقية

25/03/2023

MR LOUAFI SAID Casa le, .....

- 96,20 .
- 25.00
- cetraxal - solution auriculaire  
5 gouttes, matin, midi, soir, pendant 8 jours
  - l'eau oxygénée diluée à 10 volume spray  
1 application, matin, pendant 3 jours



1 - 121.2.

Pharmacie TAM  
Dr. BENAM Jassaf  
702, Bd Oued Sebou, Oulfa  
- CASABLANCA -  
Tél : 05 22 65 72 53 - N° INPE 151239084

**Dr. CHENGUIR Meriem**  
Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale  
Boulevard Moulouya, 10 Lotissement Selouane  
Etage 1 App 4 Lot 10 - 11 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 65 72 53 - N° INPE 151239084

**Dr. CHENGUIR Meriem**

**Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale**

Lauréat de la faculté de médecine de casa  
Ancienne interne du CHU Casablanca

Explorations de la surdité et des Acouphènes,  
Ronflement et Pathologie du sommeil,  
Vertige et trouble d'équilibre  
Explorations Endoscopiques  
Chirurgie des amygdales et de la thyroïde  
Adultes et Enfants



**الدكتورة شنكير مريم**

**أخصائية في أمراض و جراحة  
الأنف - الأذن و الحنجرة**

مخرجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

تشخيص نقص السمع و الطنين،  
الشخير، اضطرابات النوم،  
الدوخة و اضطرابات التوازن،  
الفحص بالمنظار الداخلي  
جراحة اللوزتين و الغدة الدرقية  
للکبار و الصغار

**Facture N°: 265** Casa le, .....

Date : 25/03/2023

Bénéficiaire : Mr Louafi Said  
Mr LOUAFI SAID

Tél: 0662837394

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 25/03/2023				
ASPI	aspiration du CAE	1	100,00	100,00
CNS	Consultation	1	250,00	250,00
Total				350,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
trois cent cinquante dirham(s)

**Dr. CHENGUIR Meriem**  
Spécialiste en ORL  
et chirurgie Cervico-faciale  
Boulevard Moulouya, 10 - Lotissement Selouane Etage 1 Bureau 4 Lot 10 -11 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 65 72 53 - MPE 151239084