

## 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

- Reclamation : 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° W21-795597

*payé*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5035 Société : 167814  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BADRI FAICAL  
 Date de naissance : 09/03/1962  
 Adresse : Rés. Barakat ELFADEL N°9  
Edmessen Skhirat Temara 12123  
 Tél. : 0661 0386 333 Total des frais engagés : 1538,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : AMMOR Hanane

Age : 53 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux chronique

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 : Rabat

Le : 07/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-795597

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 : 5035  
 Nom de l'adhérent(e) : BADRI FAICAL  
 Total des frais engagés : 1538,5  
 Date de dépôt :



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
03.02.23	CS		300.00	INF : 10112019111
	Nasofaryngite		200.00	
15.02.23	contrôle		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Wissale</b> <b>Dr. EL AMMAN! Wissale</b> Med. V. Km 2, Sidi Boualb, El Menzouba Tel : 05 37 01 11 22 INPE : 102112950	09/05/2023	291,30
	15/05/2023	247,20

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

[illegible]

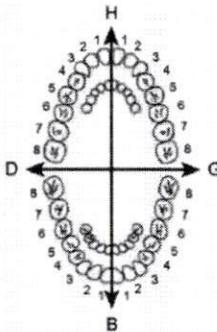
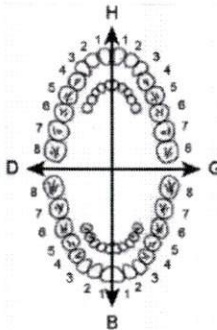
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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"> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Sophia NITASSI

Professeur de l'enseignement supérieur  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde  
Diplôme de prise en charge des vertiges  
et troubles de l'équilibre  
Video-endoscopie  
Expert assermenté auprès des tribunaux



## الدكتورة صوفيا النطاسي

أستاذة التعليم العالي  
اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
الفحص بالمنظار  
جراحة الغدة الدرقية  
اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن  
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Le: 08/05/2023

### NOTE D'HONORAIRES de Mme AMMOR Hanane

Examen : Consultation (300 DH)

+

Nasofibroscopie (700 DH)

Total : Mille dirhams

Signature Dr NITASSI Sophia

Dr. NITASSI Sophia  
Professeur de l'enseignement  
supérieur  
ORL et Chirurgie Cervico-faciale  
INP : 101201911



**Dr. Sophia NITASSI**

Professeur de l'enseignement supérieur  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde  
Diplôme de prise en charge des vertiges  
et troubles de l'équilibre  
Video-endoscopie  
Expert assermenté auprès des tribunaux



**الدكتورة صوفيا النطاسي**

أستاذة التعليم العالي  
اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
الفحص بالمنظار  
جراحة العذة الدرقية  
اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن  
خبرة محلفة لدى المحاكم

Le: 08/05/2013

## NASOFIBROSCOPIE

**Me AMMOR Hanane**

Fosse nasale gauche : libre

Fosse nasale droite libre sans déviation de cloison

Muqueuse nasale d'aspect normal

Quelques sécrétions s'écoulant du méat moyen à droite

Cavum : siège de sécrétions muqueuses claires

Oropharynx de calibre normal

Base de langue : saine

Sinus piriformes libres

Cordes vocales : aspect épaissi et inflammatoire avec fuite glottique en phonation

Inflammation des aryténoïdes

Sensibilité sus glottique conservée.

Absence de processus tumoral

Dr. NITASSI Sophia  
Professeur en ORL et  
Chirurgie Cervico-Faciale  
16, Avenue Michlifen, Agdal - Rabat  
Tel : 05 37 77 20 30  
INPE : 101201911

Dr. NITASSI Sophia  
Professeur en ORL et  
Chirurgie Cervico-Faciale  
16, Avenue Michlifen, Agdal - Rabat  
Tel : 05 37 77 20 30  
INPE : 101201911

Dr. Sophia NITASSI

Professeur de l'enseignement supérieur  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde  
Diplôme de prise en charge des vertiges  
et troubles de l'équilibre  
Video-endoscopie  
Expert assermenté auprès des tribunaux



الدكتورة صوفيا النطاسي

أستاذة التعليم العالي  
اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
الفحص بالمنظار  
جراحة الغدة الدرقية  
اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن  
خبيرة محلفة لدى المحاكم

L45/05/2023.....

Mme AMMOR Hanane

$123.60 \times 2 = 247.20$   
**INEXIUM 40MG**

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 1 mois

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR  
Boîte 14

641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123.60 DH  
6 118001 020607

**OUCHE NASALE**

natin, 1 Lavage le midi, 1 Lavage le soir pendant 15 jours

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR  
Boîte 14

641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123.60 DH  
6 118001 020607

$T = 247.20$

Pharmacie W. 3843

Dr. EL AMMANI Wissale

Av. Med VI, Km 42, Oulad Bouattal, El Med. 10

Tél: 05 37 01 11 27

TE: 102112950

☎ 05.37.77.20.30 ☎ 06.61.41.56.41 ✉ dr.nitassisophia@gmail.com

16, Avenue Michlifen, 2<sup>ème</sup> étage, Appt N°12 Agdal, Rabat / الرباط ، الطابق الثاني ، شقة 12 أكadal ، الرباط

24,70

**TARAXET® 25 mg**  
30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954

2303  
FLR FEV 25  
PPV 39DH90

**Exomuc®**  
acétylcystéine 200 mg  
30 sachets  
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240341

CETU1815  
CT24145B



3 564300 001749

Code ACL : 5373303

10010973  
2025 05

**BOTTU SA**  
**PPC: 129 DH 90**



Medical device

**BOTTU SA**  
**PPC: 96 DH 80**

LOT 1139  
EXP 2025-04

Code ACL : 5373289



3 564300 001756

Dr. Sophia NITASSI

Professeur de l'enseignement supérieur  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde  
Diplôme de prise en charge des vertiges  
et troubles de l'équilibre  
Video-endoscopie  
Expert assermenté auprès des tribunaux



الدكتورة صوفيا النطاسي

أستاذة التعليم العالي  
اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
الفحص بالمنظار  
جراحة الغدة الدرقية  
اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن  
خبيرة محللة لدى المحاكم

Le: .....08/05/2023

Mme AMMOR Hanane

**TARAXET COMPRIME PELLICULE 25 MG BOITE DE 30**

1/2 Comprimé le soir pendant 3 jours , puis 1 Comprimé le soir pendant 15 jours

**EXOMUC 200 mg Glé s buv en sachet Sach/24**

1 Sachet le matin, 1 Sachet le midi, 1 Sachet le soir pendant 7 jours

**RESPIMER DOUCHE NASALE**

1 Lavage le matin, 1 Lavage le soir pendant 15 jours

= 226,70

T = 291,30