

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-835769

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9539 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHLOUL YAMIA 197532

Date de naissance : 02-12-1969

Adresse : 40, Rue Nablous Maarif

CASA

Tél : 06 63 44 639 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAHLOUL YAMIA Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue

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 : CASA Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

PRAFR05/V2/20-10-2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05.01.2024 | | | 300 DHS | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 05/01/2024 | 609,70 DH |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 05.01.2024 | W | A | S | O | 400 DHS |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

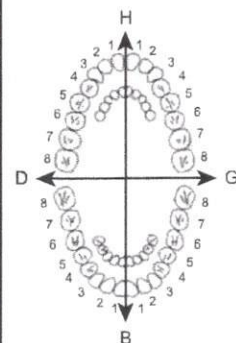
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|------------------------|-------------------------|
|  | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

| Montant des Honoraires |
|------------------------|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Sofiane NACEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Chirurgie de la Face et du Cou
Chirurgie de l'Oreille
Rhinologie - Laryngologie
Vertiges et troubles de l'équilibre
Surdité de l'enfant et de l'adulte
Ronflement et apnée du sommeil



د. سفيان ناصر

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف
والحنجرة - جراحة الوجه والعنق

جراحة الوجه والعنق
أمراض وجراحة الأذن
أمراض وجراحة الأنف والحنجرة
علاج الدوخة واضطرابات التوازن
تشخيص وعلاج الصمم
تشخيص وعلاج الشخير

Casablanca, le : _____

05/01/2024

YAHYA BAHLOUL

Examen nasofibrosopique pour bilan d'obstruction respiratoire
haute

Filière nasale : muqueuse pituitaire catarrhale. Pas de suppuration ni
de polypose. Hyper-réactivité nasale au passage du fibroscope

Cavum : libre.

Oropharynx normal.

Larynx normal.

Hypopharynx normal.

Au total : tableau compatible avec une rhinite allergique non
compliquée

Dr. Sofiane NACEUR
SPECIALISTE O.R.L ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
I.N.P.E : 091262246

Facture N°: 1196

Date : 05/01/2024

Bénéficiaire : Yahya Bahloul
YAHYA BAHLOUL

Tél: 0663444639

Email:

Adresse: N 40 RUE NABLOUS ETG 5 APT 19 MAARIF CASA

| Code | Description | Quantité | Prix | Sous-total |
|----------------------|-----------------|----------|--------|------------|
| Visite du 05/01/2024 | | | | |
| CS | Consultation | 1 | 300,00 | 300,00 |
| NASO | nasofibroscopie | 1 | 400,00 | 400,00 |
| | | | Total | 700,00 |

Arrêté le présent document à la somme de :
sept cents dirham(s)

Dr. Sofiane NACEUR
SPECIALISTE O.R.L. ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
I.N.P.E. 091262216

Dr Sofiane NACEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Chirurgie de la Face et du Cou
Chirurgie de l'Oreille
Rhinologie - Laryngologie
Vertiges et troubles de l'équilibre
Surdité de l'enfant et de l'adulte
Ronflement et apnée du sommeil



د. سفيان ناصر

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف
والحنجرة - جراحة الوجه والعنق

جراحة الوجه والعنق
أمراض وجراحة الأذن
أمراض وجراحة الأنف والحنجرة
علاج الدوخة واضطرابات التوازن
تشخيص وعلاج الصمم
تشخيص وعلاج الشخير

Casablanca, le 05/01/2024

CERTIFICAT DE REPOS

Je soussigné **Dr. NACEUR SOFIANE**, certifie avoir examiné, ce
jour **YAHYA BAHLOUL** qui présente une affection médicale.
Son état de santé nécessite un arrêt de travail de 04 jours du
05/01/2024 au 08/01/2024, sauf complications.

En foi de quoi, j'établis le présent certificat pour servir et valoir ce
que de droit.

Dr. NACEUR SOFIANE

Dr. Sofiane NACEUR
SPECIALISTE O.R.L ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
I.N.P.E : 091262246

Dr Sofiane NACEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Chirurgie de la Face et du Cou
Chirurgie de l'Oreille
Rhinologie - Laryngologie
Vertiges et troubles de l'équilibre
Surdité de l'enfant et de l'adulte
Ronflement et apnée du sommeil



د. سفيان ناصر

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف
والحنجرة جراحة الوجه والعنق

جراحة الوجه والعنق

أمراض وجراحة الأذن

أمراض وجراحة الأنف والحنجرة

علاج الدوخة واضطرابات التوازن

تشخيص وعلاج الصمم

تشخيص وعلاج الشخير

Casablanca, le :05/01/2024

YAHYA BAHLOUL

47,80
119,10
42,90
720
107,0
40
140
Dazen - comprimé

2 comprimés, matin, midi, soir, pendant 7 jours

Risonel 50 µg - suspension pour pulvérisation nasale

2 doses, matin, soir, pendant 15 jours

xycet - Comprimé

1 Comprimé, soir, pendant 1 mois

Refluxaid stick

1 stick 3 fois par jour, 45 mn après les repas

Sinomarin adult - pulvérisation

1 pulvérisation, matin, midi, soir, pendant 1 mois

Effipred 20 mg - comprimé effervescent

3 comprimés, matin, pendant 5 jours

oedes 40 mgr - Gélule

1 Gélule, matin, pendant 1 mois

INPE: 092054865

Dr. Sofiane NACEUR
SPÉCIALISTE O.R.L ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE
I.N.P.E: 091262246

22 شارع يعقوب المنصور إقامة فضاء المنصور الطابق 4 رقم 33 المعاريف - الدار البيضاء

22 Bd. Yacoub El Mansour, Rés. Espace El Mansour 4^{ème} étage N° 33 Maarif - Casablanca

☎ 05 20 42 03 03 ☎ 06 69 87 86 04 ✉ naceur.sofiane@outlook.com

LOT 221078
EXP 11/2024
PPV 140.00DH

PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80

42,90

42,90

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 02/2026
LOT 2D011 9

IMPORTER & DISTRIBUTOR:



S.I.C.
Bldg n°56 - St.
Maadi - Cairo
Registration n°1

المستوردين شركة ستار للتجارة الدولية
استوراء رقم 1



BOTTU SA
PPC : 107 DH 00



3 564300 031258

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/01

2319207
2026/07
PPC 70 DHS