

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-0017938

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

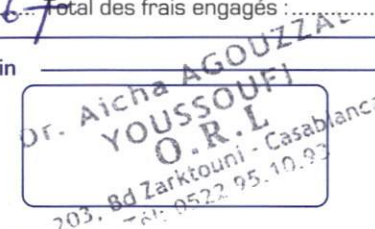
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société : 204002  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TAHER Joutei Naima  
 Date de naissance : 05-04-1952  
 Adresse : 518 - Hadj Fateh - outfa - Casa  
 Tél. : 0632 300367 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15-2-24  
 Nom et prénom du malade : TAHER Joutei Naima Age : 72 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection 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 : Casablanca Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : TAHER

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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




# 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
15/11/24	C2	1	30,50 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/24	30,50 DH
IMA/09029990		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/12/24	Sten Kondeau	640,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

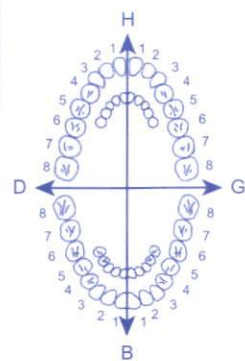
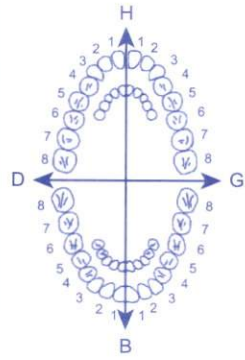
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<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

~~Aicha AGOUZZAL  
YOUSOUFI  
O.R.L.  
84 Zarkouni - Casablanca  
tel: 0522 95.10.93~~

# Dr. Aïcha AGOUZZAL YOUSSEFI

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des

NEZ - OREILLE - GORGE & FACE

Maladies de la Tête - Vertiges - Surdité

Diplômé de la Faculté

de Médecine de Paris

Ancien Médecin de L'hôpital Militaire

Med V



## الدكتورة أكوزال عائشة اليوسفي

اختصاصية في أمراض و جراحة

الأنف، الأذن، الحنجرة و الوجه

أمراض الرأس - الدوخة - الصمم

خريجة كلية الطب بباريز

طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري

محمد الخامس

Casablanca, le

Mr - Mme - Enfant : M. TAME-JODEA NOUS

ION  
E N.

☐

RADIO DU CAVUM DE PROFIL

☐

RADIO DES OS PROPRE DU NEZ

☐

RADIO PULMONAIRE

☐

BLONDEAU SCANNER

☐

SCANNER

☐

DENTASCANNER

☐

IRM .....

☐

SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE

☐

RADIO PANORAMIQUE

☐

ECHOGRAPHIE.....

TEL: 05 22 89 09 69 - Gsm: 06 63 57 42 60  
ICE: 0016141000005b  
11, Bd. Zerkouni - Casablanca  
CENTRE D'AGNOSTIC 1111  
Omnipraxis & Otorhinologie de Maroc

Dr. Aïcha AGOUZZAL  
YOUSSEFI  
O.R.L.  
203, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 0522 95.10.93

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الخامس الهاتف: 05 22 95.10.93 البيضاء  
203, Bd. Zerkouni Résidence Ben HAM 5 me Etage   Gauche - Tél.: 0 5 22 95.10.93 - Casablanca



Casablanca, le 16 Février 2024

**DR .AICHA AGOUZZAL YOUSOUFI**

**MME. TAHRI JOUTEI NAIMA**

## COMPTE RENDU

### BLONDEAU SCANNER

#### Technique :

- Acquisition hélicoïdale sans injection de contraste.
- Reconstruction axiale et coronale 0,4 mm d'épaisseur jointive centré sur les sinus et les fosses nasales.
- Reconstruction en fenêtré osseuse.

#### Résultat :

##### Au niveau des cavités sinusiennes :

- Transparence normale des sinus frontaux.
- Comblement partiel des cellules éthmoïdales antérieures.
- Bonne pneumatisation des cellules éthmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdale et du sinus maxillaire gauche.
- Formation polypoïde au niveau du sinus maxillaire droit.

##### Au niveau des fosses nasales :

- Pas de déviation septal ni éperon osseux.
- Aspect normal des cornets moyens et inférieurs.
- Aspect normal du cavum.
- Les cavités orbitaires sans particularité.
- Pas de lésion lytique ou condensante osseuse suspecte.

#### Au total :

Formation polypoïde du bas fond du sinus maxillaire droit connue et stable.

**DR. A. BELHAJ SOULAMI**  
Dr. Belhaj Soulami Abdelilah  
Médecin Radiologue

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

## FACTURE

N° de l'admission : 24001318 N° Facture : 24001264 Date facturation : 16/02/2024

Nom et prénom du patient : NAIMA TAHRI JOUTEI

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 16/02/2024 Sortie: 16/02/2024

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
SCAN BLONDEAU			512.00
		Sous-Total	512.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			128.00
		Sous-Total	128.00

### RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	128.00	12.80
		Sous-Total	12.80

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quarante dirhams

Total : 640.00

Part patient

640.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME TAHRI JOUTEI NAIMA

Mle : 0002824

PC N°