

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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

N° M20- 0006617 **CA**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8741** Société : **R.A.M. (69933)**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **JAFAR SI ELHASSANE**

Date de naissance : **26/11/67**

Adresse : **N°4 Rue N°4 ALWODS 3 LISSAFA**

**CASA**

Tél. : **0661456897** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/04/2021**

Nom et prénom du malade : **Jafar Si el Hassan** Age : .....

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

Nature de la maladie : **Affection ORL**

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 : **20/4/21**

Signature de l'adhérent(e) : **JAFAR**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06617

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 : **8741**


Nom de l'adhérent(e) : **JAFAR**

Total des frais engagés : **69933**


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
19.11.21	LS	1/2	300,00	
	Aud Tona		500,00	
	A Coupland			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2021	135,20

# 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	

# VOLET ADHERENT

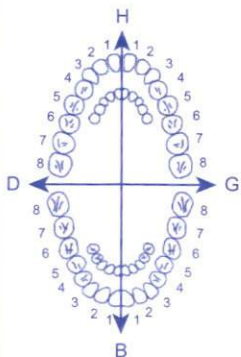
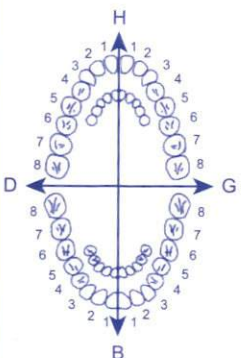
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLÔMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION  
DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L.

Officier Médecin (ER) des Forces Armées Royales

Ancienne Résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

Sur Rendez - Vous

## الدكتورة نادية أعماروش

إختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبيبة ضابطة (م.ع) بالقوات المسلحة الملكية

مقيمة سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكاديمية الدولية لفزيولوجية الأذن والدماغ والجهاز العصبي

بالموعد

19/04/2021

Casablanca, le : ..... في : الدار البيضاء

Monsieur JAAFAR Si el hassane

58,50

HYDROXO 5000

1 Injection un jour sur deux en IM (4 injections en total).

40,00

LECTIL

1 Comprimé le midi après le repas pendant 2 mois

36,70

ANXIOL

1/2 Comprimé le soir après le repas pendant 2 mois

135,20

PHARMACIE SARANAZ  
S. EL A-J  
140 Lot Smiraida Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
26, Rue des Tabors - Oasis  
CASABLANCA  
05 22 98 23 27

Cette prescription comporte 3 spécialités

cabinetorlna@outlook.com

26, زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 27 - الفاكس : 05 22 98 23 00

26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00

LECTIL® 16 mg

Bétabloque (dichlorhydrate)

30 Comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240471

# ليكتيل 16<sup>٢</sup> مغ

بيتاهيستين (دكلورهدرات)

30 قرصا قابلة للكسر

عن طريق الفم

B

5A10h



# hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 07/2023  
LOT 06003 1

هيدروكسو 5000

250908F47234E030314



hydroxo 5000

4 Ampoules injectables



6 118000 032182

Laboratoires LAPROPHAN S.A.  
21, Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence  
des laboratoires ANPHAR-ROLLAND (France)

3

16x66x75

36, 30

# أنكسيول<sup>®</sup>

برومازيبام  
6 مغ

30 قرصا قابلا  
للانكسر على أربع

ANXIOL<sup>®</sup> 6 mg ○  
30 comprimés quadrisécables



عن طريق الفم



سبيماكو الماروك  
SPIMACO MAROC

**ANXIOL<sup>®</sup>**  
Bromazepam

**30** Comprimés  
quadrisécables

SI EL HASSANE JAAFAR

Homme

Âge: 53

Date de Naissance: 26/11/1967

Date du Rapport: 19/04/2021

Testeur:

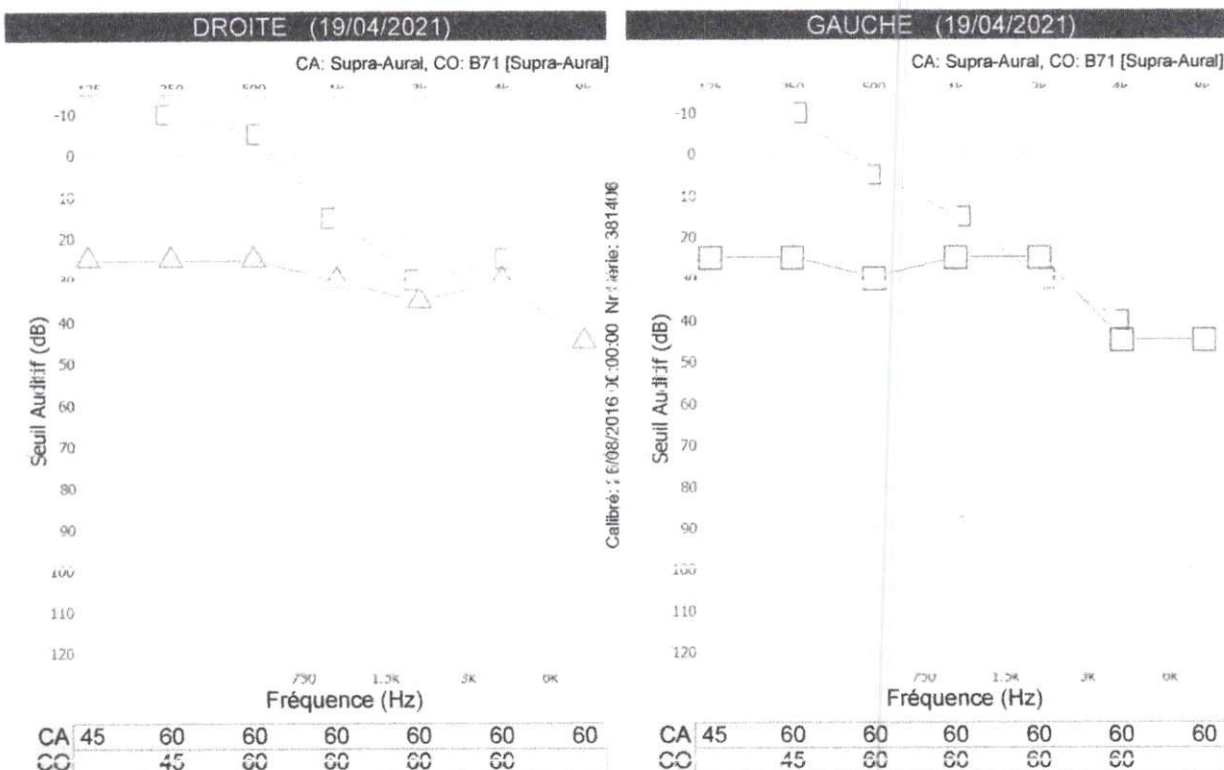
Commentaires du rapport:

Compte Rendu Audiogramme:

Surdité de transmission sur les fréquences graves à 25 db en bilatérale.

Audiogramme avec masquage à 60 db

Acouphène en bilatérale sur le 8000 hz à 48 db à droite et à 45 db à gauche.



PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	30	13	
G	26	16	

Fiabilité

Légende

G	D	Masqué
○	○	CA
×	×	CO
△	△	CL
□	□	MCL
◇	◇	UCL
+	+	NR

PTA CA: 500, 1K, 2K  
CO: 500, 1K, 2K

Signé par:

Vocable	SDT		SRT		WPS / SRS 1		WPS / SRS 2		MCL	UCL				
	dB HL	[m]	dB HL	[m]	%	dB HL	[m]	N/S	%	dB HL	[m]	N/S	dB HL	[m]
D														
G														
Binaur														
Note	1							2						
Appar.														
Note	1							2						

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
20, Rue de la Liberté - 30000  
CASA BLANCA  
Tél: 05 42 48 21 27

**Dr AMAROUCH Nadia**  
**Oto-rhino-laryngologie**  
*Diplômée en Physiopathologie et exploration  
des fonctions neurosensorielles O.R.L.*  
*Officier Médecin (E.R) des forces armées Royales*  
*Ancienne résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris*

CASABLANCA le 19/04/2021

**FACTURE**

Monsieur JAAFAR Si el hassane

EXAMEN : CONSULTATION + (AUDIOGRAMME TONAL +  
ACOUPHENOMETRIE)

COTATION : V2+ (K20+K20/2)

HONORAIRES : 300DH + 500 DH

TOTAL : 800,00DH

(HUIT CENT DIRHAMS)

Cachet et signature du médecin

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
26, Rue des Tabors - Oasis  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.98.23.27 01