

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-626565

80588

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : KETTANI Ned  
Date de naissance : 25-11-1957  
Adresse : Résidence S/ Firdous 13 Rd de Norder  
Tél : 06089673 Total des frais engagés : 750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/2021  
Nom et prénom du malade : JOUAHRI Rajae Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HYPERTENSION  
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/08/2021

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
01.04.14	C		250,000	INPE: 061173662
01.04.14	HONOR		500,000	INPE: 061173662

[illegible]

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

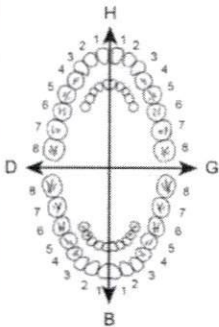
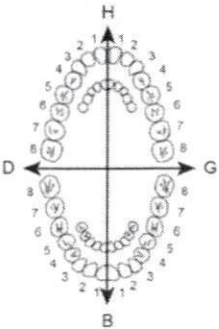
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



Spécialiste en ORL et chirurgie  
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles  
de l'équilibre

Explorations de la surdité, vertige,  
acotéphènes et ronflement

Explorations endoscopique

-allergologie ORL

Ex Medecin ORL à l'hôpital

provincial Benslimane

**ADULTES ET ENFANTS**



XXXXXXXXXXXXX

طبية اختصاصية في أمراض

و جراحة الأذن

الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه

و العنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

تشخيص نقص السمع، الدوخة

الطنين و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي

أمراض الحساسية

طبية سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

الكبار و الصغار

Date ..... 01/07/2021

Nom et Prénom

**Mme KETTANI JOUAHRI Rajae**

NOTE D'HONORAIRE N°

Actes	Montant
Audiogramme (K15x)	500,00
<b>Total :</b>	<b>500,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**CINQ CENTS DIRHAMS**

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 - I.C.E : 00204594000053  
Tél : 05 22 87 08 59

إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشق

404 Résidence safaa Lotissement Assakane Al Anik, Bd Al Qods, 1er étage Appt N°6, Ain Chock

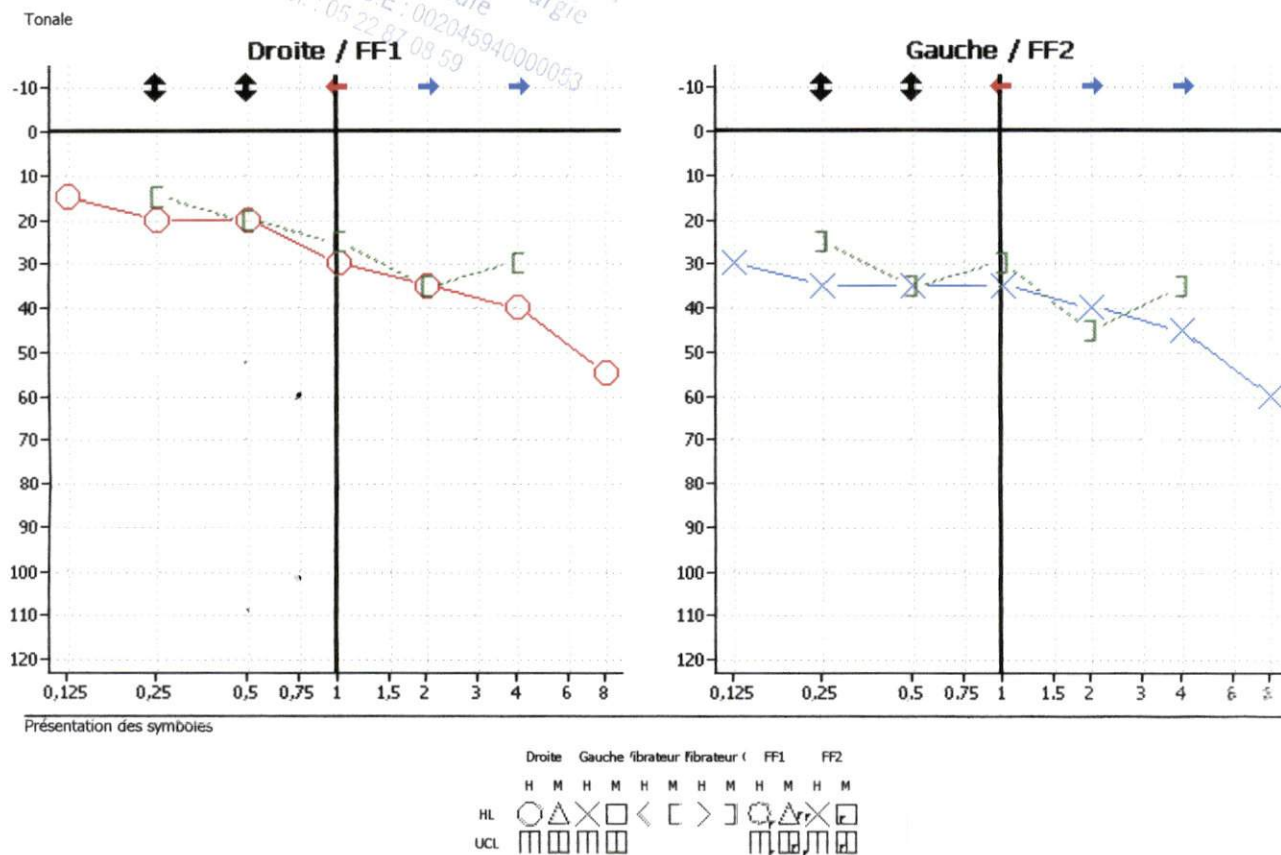
05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 ✉ drseffarzhor@gmail.com - En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02

N Dossier: 317  
 Nom de famille: JOUAHRI ep KETTAN  
 Prénom: RAJAE



ORL  
 Oto- Rhino Laryngologiste  
 Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
 الدكتور زهور الصفار الأنفلسي

01/07/2021 17:51:21



c/c surdité de perception bilatérale  
 léger de 35 dB c droite et  
 de 40 dB c gauche

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
 Spécialiste en ORL et Chirurgie  
 Cervico-Faciale  
 INPE 061173662 - I.C.E: 002045940000053  
 Tél: 05 22 67 08 59