

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

## Déclaration de Maladie

Nº W21-682906

102130

**MUPRAS**

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12514

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT MAHDI LAHCEN

Date de naissance :

16/06/84

Adresse : LA PERLE DE NOUACER 2 IMM 6 APPT 10  
Nouacar

Tél. : 06 74 69 15 26

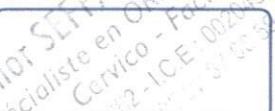
Total des frais engagés : 1120,00

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/10/2022

Nom et prénom du malade :

AIT MAHDI LAHCEN

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

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 : 16/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVE 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  |
| 16/10/2012                     | EN DOSSIER        | 2                     | 250,00€ HT                      | INP : 11111111111111111111<br>Dr Zhor SEFFAHL en ORL<br>Spécialiste en ORL - Facial<br>Cervico - Facial<br>2-ICE-002<br>137 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                 |                       |
|---|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date            | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie Dr. Meryem<br/>Perles de Nouria<br/>Tél : 05 22 33 79 65<br/>INP : 092089103</i> | <i>26.01.25</i> | <i>570,00</i>         |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|---|---|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br><br>  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b><br><br>  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |
|   | H   | 25533412         | 21433552    |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | D   | 00000000         | 00000000    |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | B   | 00000000         | 00000000    |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | G   | 35533411         | 11433553    |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   |   |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |                  |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

## Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialiste en ORL et chirurgie de la face et du cou
  - Ancien médecin ORL à l'hôpital Provincial Benslimane
  - Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
- Explorations de la Surdité, vertige, acouphènes et ronflement
  - Explorations endoscopiques
    - allergologie ORL

ADULTES ET ENFANS



## الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف  
الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه و العنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة و إضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، النزيف و الشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض الحساسية
- الكبار و الصغار

Date : -----

Nom et prénom : -----

26/01/2022

Mr AIT MAHDI Lahcen 37 ans



95,00

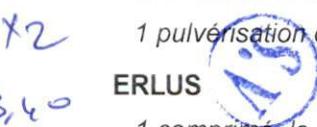
SINOMARIN ADULTE

1 lavage quatre fois par jour

119,10

RISONEL SPRAY NASAL

1 pulvérisation deux fois , pendant 2 mois



ERLUS

1 comprimé le soir, pendant 2 mois

73,40

X2

EFLOXIN

38,00 1 comprimé par jour, pendant 7 jours

580,00

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 TCE: 0020459  
Tel: 0522 87 08 59



Pharmacie MA PERLA  
Dr. Meryem RYACHI Ep ZOURA  
Perles de Nouacour Tél: 05 22 53 34 88  
INPE: 0020459

|           |           |
|-----------|-----------|
| N° du Lot | 21 B 348  |
| Date Per. | 12-2-24   |
| P.P.V:    | 119,10 DH |

|           |           |
|-----------|-----------|
| N° du Lot | 21 B 345  |
| Date Per. | 12-3-24   |
| P.P.V:    | 119,10 DH |

500

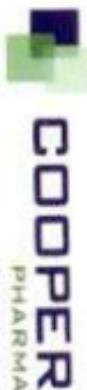
卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

لیفولوکسائین

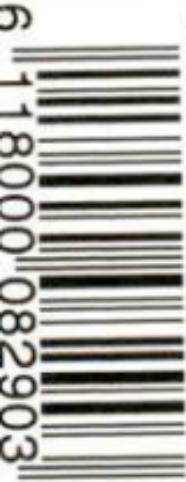
٧ x ☐

Lot: 210725 EXP: 04/2026 PPN: 95,000H



Comprimés pelliculés sécables

**EFLOXIN**  
®



مدة صبح زال مسا.



# Mini Spray



**NOSE CARE**

## ΦΥΣΙΚΟ ΡΙΝΙΚΟ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΟ

ΥΠΕΡΤΟΝΟ ΔΙΑΛΥΜΑ  
ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΥ ΝΕΡΟΥ

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΟΚΙΜΑΣΜΕΝΟ**

- ▶ ΑΠΟΣΥΜΦΟΡΕΙ ΤΗ ΦΡΑΓΜΕΝΗ  
ΡΙΝΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ
- ▶ ΚΑΘΑΡΙΖΕΙ ΚΑΙ ΕΝΥΔΑΤΩΝΕΙ



30 ml



**EN** Sinomarin® Mini Spray is a 100% natural, clinically proven nasal decongestant. It is a hypertonic sea water solution (2.3% NaCl) that relieves nasal congestion and sinus pressure via the natural mechanism of osmosis, and helps cleanse & moisturize the nasal cavities. Description: 30 ml nasal pump spray bottle. Pump spray, suitable for everyone including babies. Composition: Sea water 21 ml. Purified water q.s. 30 ml, equivalent to 23g/L NaCl (2.3%). Preservative-free. Drug-free. Chemical additives-free. 100% natural. Recommended Dosage: See enclosed information leaflet. Suitable during pregnancy and breastfeeding.

**FR** Sinomarin® Mini Spray est un décongestionnant nasal, 100% naturel, dont l'action est cliniquement prouvée. C'est une solution d'eau de mer hypertonique (2.3% NaCl) qui soulage la congestion nasale et la pression dans les sinus par le mécanisme naturel de l'osmose, et aide à nettoyer et hydrater les fosses nasales. Description: Pompe spray nasal 30 ml. Pompe spray adapté à tous y compris les bébés. Composition: Eau de mer 21 ml. Eau purifiée q.s. 30 ml équivalent à 23g/L de NaCl (2.3%). Sans agent de conservation. Sans agent médicamenteux. Sans additifs chimiques. 100% naturel. Dosage recommandé: Voir la notice pour plus d'informations. Convient pendant la grossesse et l'allaitement.

**Sinomarin  
Nose Care**

**Mini Spray 30 ml**

**Prix conseillé :  
90,00 DHS**

Store below 25 °C. Protect from sunlight. Keep out of reach of children. For nasal use only. Do not use past expiry date.

Conserver en-dessous de 25 °C. Protéger du soleil. Tenir hors de portée des enfants. Pour usage nasal seulement. Ne pas utiliser après la date de péremption indiquée.

Ηράκλειτος σε βαθύκραση μέχρι των 25 °C. Προστατέψτε το από την τηλική ακτινοβολία. Ηράκλειτος μετά από ημέρα. Μόνο για ρουχικό χρήση. Μη χρησιμοποιείτε πριν έγεινε την αναφορικόν παραρτήμα κίτρινης.

Sinomarin® is a registered trademark for Gerolymatos International S.A. E.U. Sinomarin® est une marque déposée par Gerolymatos International S.A. E.E. Το Sinomarin® είναι καταργητικό στηργμα της Γεράκλειτος International A.E.E. E.E.

Gerolymatos International®

Gerolymatos International S.A.

13 Asklipiou St., Kryoneri 145 68, Athens, Greece.

+30 210 3500800

[www.sinomarin.com](http://www.sinomarin.com)



## Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialiste en ORL et chirurgie de la face et du cou
  - Ancien médecin ORL à l'hôpital Provincial Benslimane
  - Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
  - Explorations de la Surdité, vertige, acouphènes et ronflement
  - Explorations endoscopiques • allergologie ORL
- ADULTES ET ENFANS**



## الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

- طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق.
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان.
- دبلوم علاج الدوخة وإضطراب التوازن.
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين والشخير.
- تشخيص بالمنظار الداخلي.
- أمراض الحساسية.
- الكبار و الصغار**

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ **XXXXXXXXXXXXXX**

26/01/2022

**Mr AIT MAHDI Lahcen**

### NOTE D'HONORAIRE N°

| Actes                       | Montant       |
|-----------------------------|---------------|
| Endoscopie nasale<br>(k15x) | 300,00        |
| <b>Total :</b>              | <b>300,00</b> |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de

**TROIS CENTS DIRHAMS**

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
INFE 061172812 - I.C.E 002045940000053  
12-05-2022 08:59

## Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialiste en ORL et chirurgie de la face et du cou
  - Ancien médecin ORL à l'hôpital Provincial Benslimane
  - Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
  - Explorations de la Surdité, vertige, acouphènes et ronflement
  - Explorations endoscopiques  
• allergologie ORL
- ADULTES ET ENFANS**



## الدكتورة زهور الصفار الاندلусي

- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف والحنجرة و جراحة الوجه و العنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة و إضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين و الشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض الحساسية
- الكبار و الصغار

Date : -----

Nom et prénom : -----

26/01/2022

**Mr AIT MAHDI Lahcen**

### COMPTE RENDU ENDOSCOPIE NASALE

#### Fosse nasale :

Fosse nasale droite : muqueuse inflammatoire , cornets et méat moyens sans sécrétions visibles

Fosse nasale gauche : muqueuse inflammatoire avec cornet moyen et inférieur normaux

avec déviation de la cloison en regard du cornet moyen

#### Cavum :

Est Libre

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INFE 03117372 - ISE : 002045940000053  
T : 05 22 87 08 59