

## 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.

#### Educations :

- 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.

#### Prothèses :

- 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Mise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

**S :** 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058906

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3138

Société : 109927

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MATINE SOUAK

Date de naissance : 08/11/1951

Adresse : 29 Kenza n° 34 rue

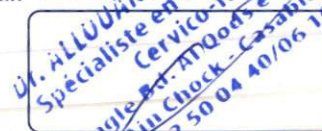
Tél. : 0658575632

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

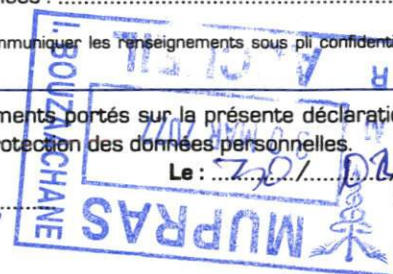
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 20/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
24/02		1	3000	<p>Dr. Mohamed El Ghannouchi Médecin Généraliste Qods et Bd. Hayat Casablanca 40/06 1988</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DES BOUHAL Dr. S. BOUSEIHA BOUHAL 492 Bis Bd. Panoramique (Montpellier) - Tél: 0522 527 550</p>	22/2/22	1769

[illegible][illegible]

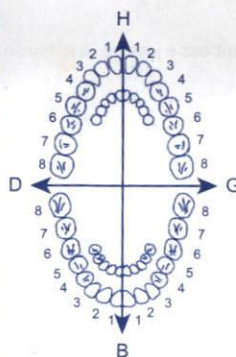
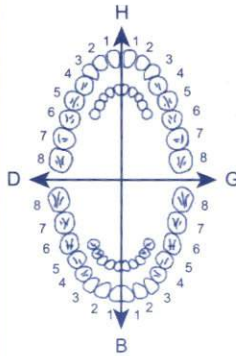
\_\_\_\_\_

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

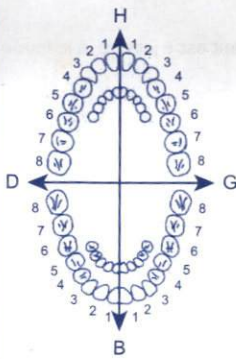
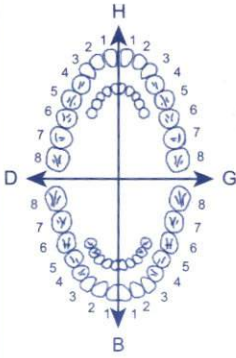
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# Dr ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale  
Traitement de la surdité  
Chirurgie de la thyroïde  
Traitement du vertige  
Prise en charge du ronflement  
Rhinite Allergique  
Chirurgie endoscopique  
Ancien médecin à l'hôpital  
20 Aout Casablanca



Implant cochléaire  
زراعة القوقعة

# الدكتور علوان محمد أمين

جراحة الأنف والأذن والحنجرة  
علاج الصمم  
جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)  
علاج الدوخة  
علاج الشخير

تشفى  
بيضاء

Casablanca le : 22 Février 2022 في: الدار البيضاء

Mme MATINE SOUAD

SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour \* 5 jours

TABUNEX

2 pulv le matin pendant 3 mois

XYZALL

1 comprimé le soir pendant 1 mois

COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours

N° Lot: 1UW748  
Fab.: 09/2021  
Per.: 09/2024

PPV: 102,10 DH

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine  
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie  
Cervico-faciale  
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa  
Ain Chock - Casablanca  
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35