

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-478043

13 1498

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10513 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUAFI SAID

Date de naissance : 16/04/71

Adresse : LOT BLAD CHAMA 254 ALFA

Tél. : 061086586 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. IABRI AHMED
Oto-rhino - Laryngologie & Faciale
Chirurgie Cervico-Dento-Maxillo-Faciale
N° 76, 1er étage Derb El Houria
Bordj Boumerdes - Algérie

Date de consultation : 28 SEP 2022

Nom et prénom du malade : LOUAFI SAID Age : 51

Lien de parenté : ☐ Lum. ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Androgénisme - Symp

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 au 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 : 28 SEP 2022

Adh. (e) : ACCUEIL

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
2009/09/23	Anchag - Dpéd		600,00	INP : 052024872 Dr. JABRI ABDELKADER Oto-Rhino - Laryngologie & Chirurgie Cervico - Faciale N° 76, 1er Etage, Derb El Houria 14 Abderrahmane - Hay Hassani 052024872

Dr. JABRI Abdelhakim
Oto-Rhino - Laryngologist - Faciote
Chirurgie Cervico - Derb El Houria
N° 76, 1er Etage - Hay Hassani
Bd. Sidi Abderrahmane - Hay Hassani
0692 02 14 977

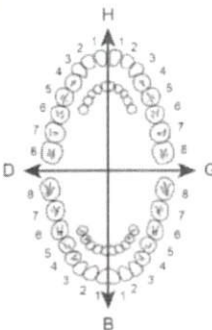
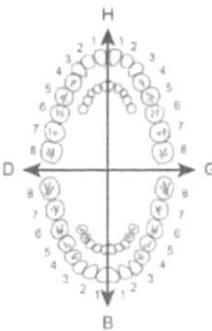
[illegible][illegible][illegible]

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 P.O.F.

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"/>														
Q.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

الدكتور أحمد جابري

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le : 29/01/2022 في : الدار البيضاء،

NOTE D'honneur

Je soussigné certifie avoir fait
ce jour A Dr. Louafi YAD
UN AUMS GASTRO + INFÉREUR-RETRIE
Sont les honoraires sont A 600,000
(six cent DHS)

Dr. JABRI AHMED
Oto-Rhino - laryngologie &
Chirurgie Cervico - Faciale
N° 76, 1er étage - Derb El Houria
Bd. Sidi Abderrahmane - Hay Hassani
Tél : 0522 93 14 99 / L

COMPTE RENDU AUDIOMÉTRIQUE DU 29-09-2022

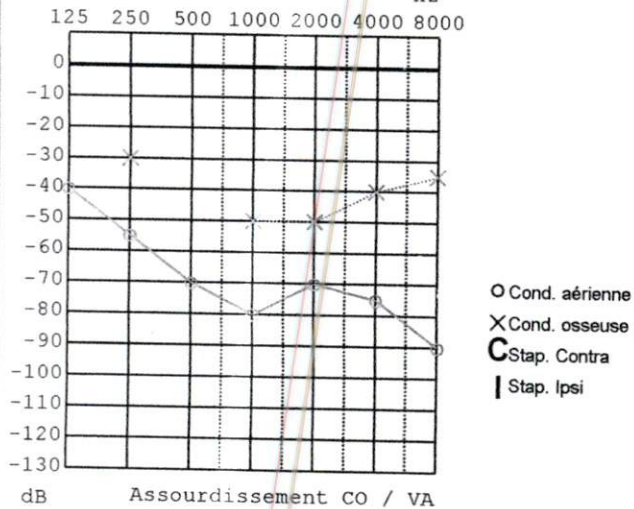
entête 0
entête 1
entête 2
entête 3

Nom : LOUAFI Said

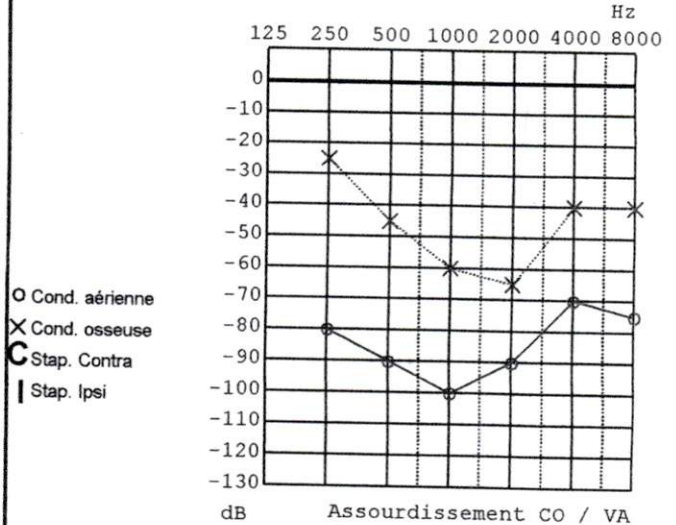
Née le : 16/04/1971

Adresse : LOT BLAD CHAMA N 54 OULFA HADJ FATTE
CASA

Tonale O.D.



Tonale O.G.



Perte auditive

	500	1000	2000	4000	M%	M
O.D.	13,8	28,8	32,2	14,2	89,0	74,50
O.G.	15,0	29,9	39,2	13,5	97,6	92,00

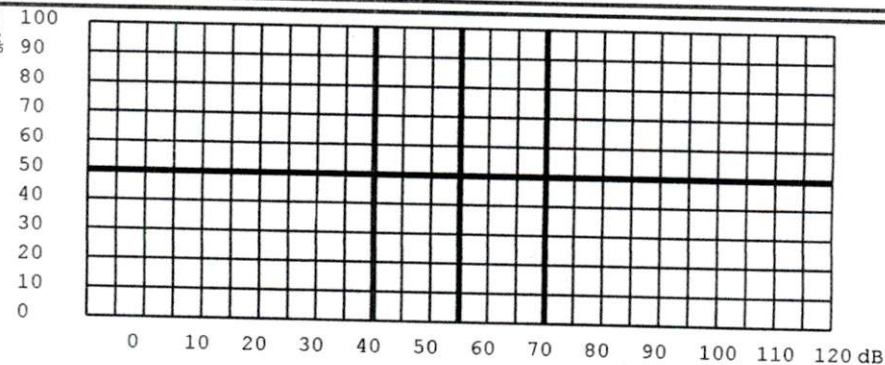
Perte Binaurale : 90,08 % (76,7)

Weber Tonal

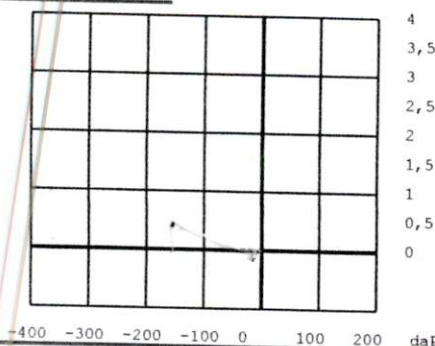
250	500	1000	2000	4000

Remarque

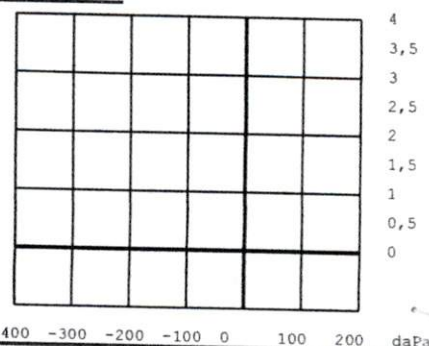
Audiogramme vocal



Tympanométrie O.D.



Tympanométrie O.G.

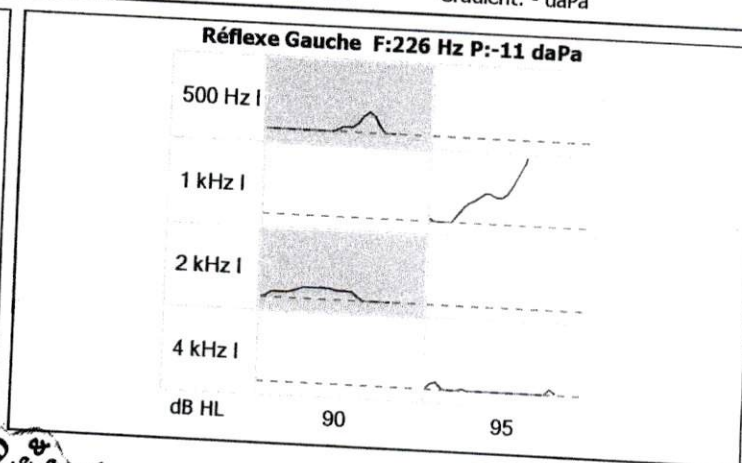
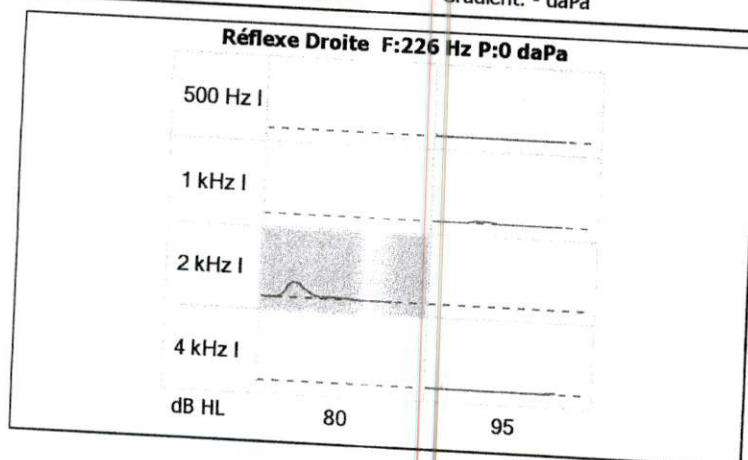
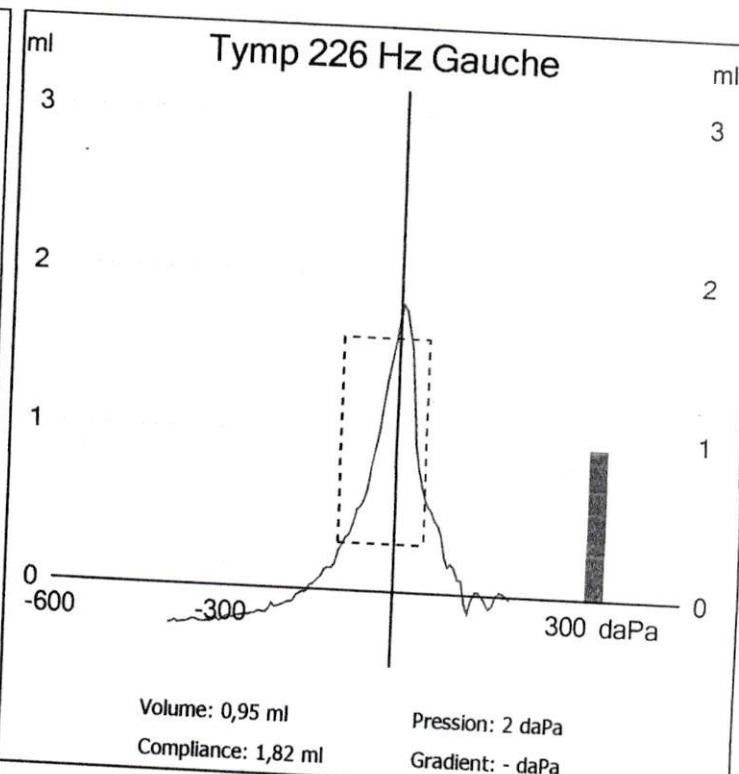
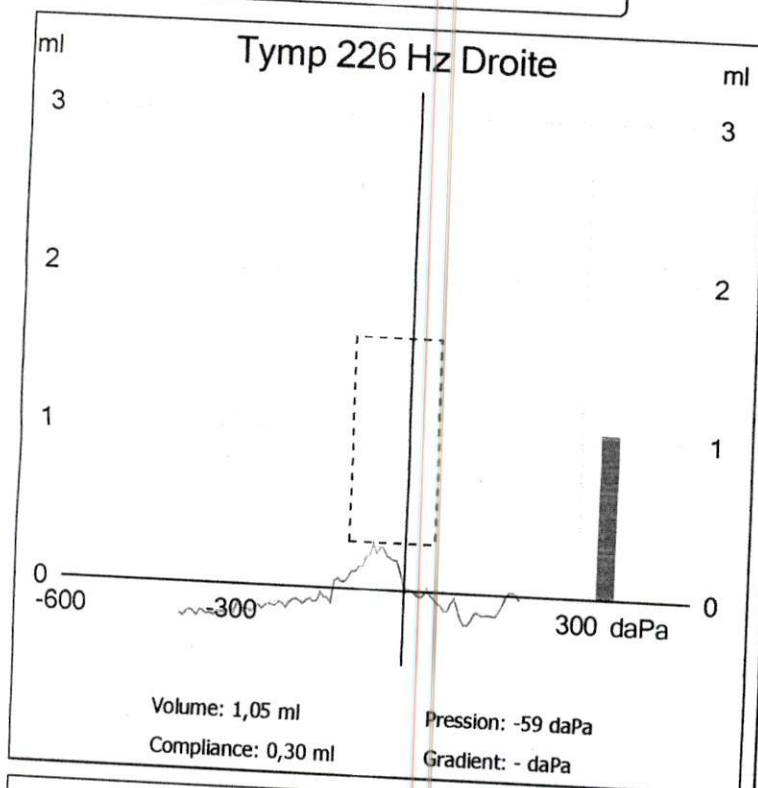


Nom **DR JABRI AHMED**
 Adresse 1 **76 BD SIDI ABDERAHMANE DERB EL HOURIA HAY HASSANI**
 Ville **CASABLANCA**
 Téléphone **05 22.93 14 99**
 Courriel **ahmedjabri@hotmail.com**

IMPEDANCEMENTRIE

Date création **29/09/2022 09:08**
 Prénom **SAID**
 Nom **LOUAFI**
 Date de n... **16/04/1971**

Dr. JABRI AHMED
 Oto-Rhino - Laryngologie &
 Chirurgie Cervico - Faciale
 N° 76, 1er Etage, Derb El Houria
 Bd. Sidi Abderahmane - Hay Hassani
 Tel : 0522 93 14 99/L



Dr. JABRI AHMED
 Oto-Rhino - Laryngologie &
 Chirurgie Cervico - Faciale
 N° 76, 1er Etage, Derb El Houria
 Bd. Sidi Abderahmane - Hay Hassani
 Tel : 0522 93 14 99/L