

## 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 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.



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

125759

ord  
d'aj  
enr.

**Déclaration de Maladie : N° S19-0001223**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R. A. N.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M<sup>me</sup> JENNATE Date de naissance : 12.06.1949  
Adresse :  
Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 24.000,00 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 :

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 : RADAT Le : 14/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



[illegible][illegible][illegible]

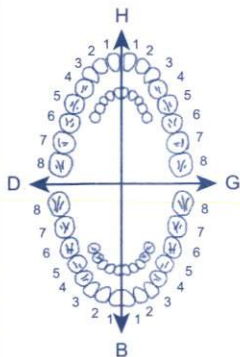
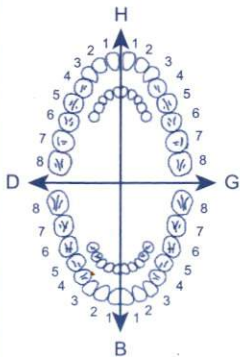
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Sté AUDITION TECH sari</b> Appt. 6 Immt. 15 Av. France 3ème Etage Agdal - Rabat Tél. 06 62 59 47 68	14/12/2022		2 prothèses Auditives			24.000,00

# 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															
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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

FACTURE N° : **00296RA/22**

Client : JENNAT MALIKA

Date : **14/12/2022**

Désignation	Quantité	Prix Unit/HT	Prix Total HT
<i>Prothèse Auditive Numérique Haute Technologie :</i> <b>Type : RIC</b>  <b><u>ANAM : FA 100001.</u></b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Ans de garantie</li> <li>• Contrôle gratuit</li> <li>• Service après-vente gratuit</li> </ul>	<b>2</b>	<b>12 000.00</b>	<b>24 000.00</b>
<u>Mode de paiement :</u>  		<b>Sous Total</b>	<b>24 000.00</b>
		<b>TVA 00%</b>	<b>00.00</b>
		<b>TTC</b>	<b>24 000.00</b>

\* Vente des prothèses auditives en exonération de la TVA suivant l'article 91-VI-2 du CGI.

Arrêter la présente Facture à la somme de : **Vingt-Quatre- Mille dirhams**

**Sté AUDITION TECH sarl**  
 Appt. 6 Imm. 15 Av. France  
 3ème Etage Agdal - Rabat  
 Tél. 06 62/59 47 68



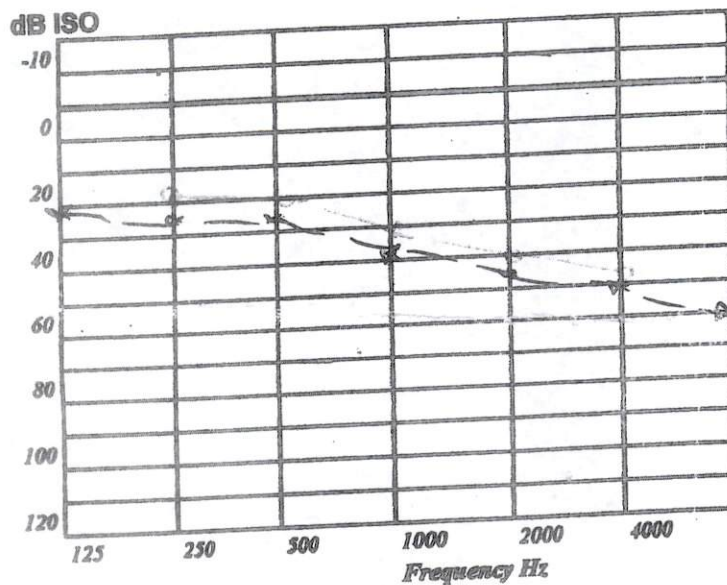
Pr. Amina EL MESSAOUDI DINIA  
 Oto - Rhino - Laryngologie  
 Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale  
 Diplômée de la Faculté de Médecine  
 de Toulouse  
 Ancien Professeur à la Faculté  
 de Médecine de Rabat

Rabat le 21.6.2022

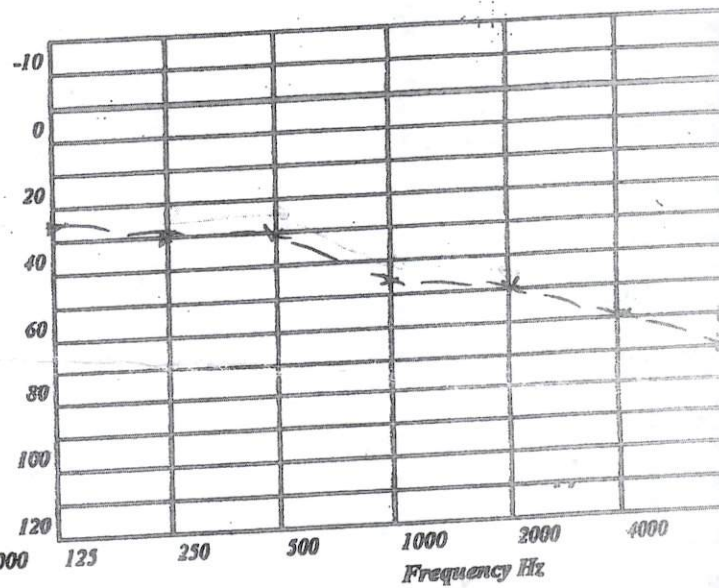
## EXAMEN AUDIOMETRIQUE

NOM: Noliha Jennah AGE: 1844

Oreille droite



Oreille gauche



### EPREUVE DE WEBER



- Sensibilité perceptive bilatérale  
 à 50 dB à 250 et 500 Hz  
 à 60 dB à 1000 Hz  
 à 65 dB à 2000 Hz  
 à 70 dB à 4000 Hz  
 à 75 dB à 6000 Hz

E-Mail : aminaelmessaoudi@yahoo.fr

46, Av. de France - Appt. 6, Agdal - RABAT - Tél : 037 77 77 80 - GSM : 061 13 52 48

Amina EL MESSAOUDI  
 Professeur en ORL  
 37 Chirurgie Cervico-Faciale  
 46, Av. de France - Appt. 6 - Agdal  
 Rabat - Tél : 037 77 77 80  
 ICE : 00164324000033