

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-788468

DS3007



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11076 AJJI

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AJJI AHMED

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse : NIAMEY NIGER

Tél. : +227 74 000 417

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ennaceri Haja Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## BELEVE 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
24/02/23			250,00 + 300,00 Audit	INP : 09090909090909090909090909090909 Cachet Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

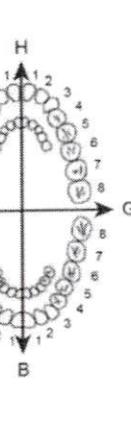
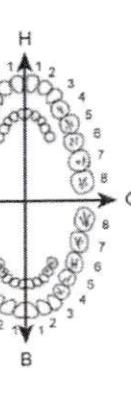
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE 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 canalaire, 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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	11433553	35533411			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552															
		D	00000000	00000000															
		G																	
		B	00000000	11433553															
35533411																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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																			

**Dr. Naîma BILOUL**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie

Nez – Gorge – Oreilles

Cou – Face

Exploration de l'audition

Endoscopie

Ancien Médecin à l'hôpital

20 Août de Casablanca

Et l'hôpital Bouafi de Casablanca



الدكتورة نعيمة بيلول

اختصاصية في أمراض و جراحة

الأذن و الأنف و الحنجرة

جراحة الوجه و العنق

الفحص بالمنظار

اختبار السمع

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

و مستشفى بوافي بالبيضاء

Casablanca, le

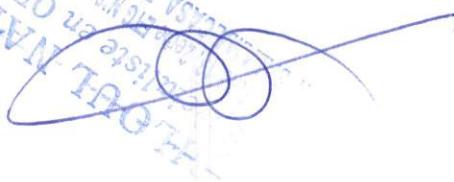
21/02/23

Rbia Ennachri

Suspicie de otospongioses  
droite  
→ TDM de la fenêtre

avale

22/02/23



إقامة فرحتين 13 الطابق الثاني الرقم 8 شارع محمد بوزيان - حي السلام - الدار البيضاء

Résidence Farhatine 13 Etage 2<sup>ème</sup> Avenue Med Bouziane - Hay Salama - Casablanca

الهاتف : 05 22 55 73 22 / 07 07 79 93 33

**IRM - SCANNER - RADIOLOGIE GENERALE  
ECHOGRAPHIE - ECHO-DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE  
OSTEODENSITOMETRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE**

Casablanca, le 24/02/2023

Facture N° 741/2023

**Nom patient : ENNACERI RKIA**

**Examen(s) réalisé(s) : SCANNER DES ROCHERS**

**Montant : 1300 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**MILLE TROIS CENTS**

Groupement des Forces Armées  
Bd des Forces Auxiliaires N° 330/332  
Sidi Abdellah  
RADIOSCOPE AL AMAL

IRM - SCANNER - RADIOLOGIE GENERALE  
ECHOGRAPHIE - ECHO-DOPPLER COULEUR - MAMMOGRAPHIE  
OSTEODENSITOMETRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE

Casablanca le, 24/02/2023

PATIENT : ENNACERI RKIA

**TDM DES ROCHERS :**

**Technique :** Acquisition hélicoïdale sans injection du produit de contraste avec reconstructions en coupes millimétriques axiales et coronales.

**Résultat :**

**Oreille droite :**

- Hypodensité pré stapédienne ayant un contact avec la face interne du vestibule mesurant 3.2mm
- Aération normale de la caisse du tympan.
- Chaîne ossiculaire d'aspect normal.
- Mur de la logette et tegmen tympani d'aspect normal.
- F2 et canaux semi circulaires sont d'aspect normal.
- Cochleé et conduit auditif interne d'aspect normal.
- Cellules mastoïdiennes bien aérées.

**Oreille gauche :**

- Epaisseissement de la platine de l'étrier à 0.8mm d'épaisseur maximale.
- Aération normale de la caisse du tympan.
- Chaîne ossiculaire d'aspect normal.
- Mur de la logette et tegmen tympani d'aspect normal.
- F2 et canaux semi circulaires sont d'aspect normal.
- Cochleé et conduit auditif interne d'aspect normal.
- Cellules mastoïdiennes bien aérées.

**Au total :**

- Aspect TDM faisant évoquer une otospongiose bilatérale type 4B à droite et type 1 à gauche.
- A confronter aux données de l'audiogramme