

## 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.

### 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° W21-822210

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01166

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Amghar Lahoussine

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse : Lot Attadamaoune ou LFA

Rue 6 N° 74 Casablanca

Tél. : 06 61 20 63 73

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. HAYOU Mohamed

ORL

F: 75700260

CE:

10167446000062

INP: 041074733

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 : CASA BLANCA

Le : 20 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Bon état des Actes
10.10.2023	C2		2500k	

Dr. Mayou Mohamed  
INP: 041074733

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Montant de la Facture

Date	Montant de la Facture
10.10.2023	310,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>0000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	21433552	G	D	0000000	11433553	B	35533411		
	H	21433552	G										
	D	0000000	11433553										
	B	35533411											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. HAYOU Mohamed**

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des maladies et chirurgie  
du Nez, Gorge, Oreilles

Cancérologie cervico, Faciale  
Troubles du Sommeil et Ronflement



**الدكتور هيو محمد**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق والوجه  
اضطرابات النوم والشخير

أكادير، في : 10/10/2023

**ORDONNANCE**

**Mr. Lahoussine AMGHAR**

6000x2

Orapred 20

3 comp le matin x 7 jours

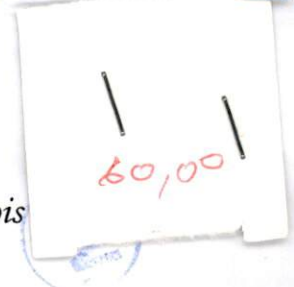
2 comp le matin x 7 jours

1 comp le matin x 7 jours

Aeromax

2 pulvérisations nasales matin et soir x 1 mois

Faire un régime pauvre en sel x 20 jours



19000

3/000

**Dr. HAYOU Mohamed**  
Spécialiste en O. R. L.  
Cancérologie Cervico-Faciale  
Rés. Tifaouine Imm. E2 1er étage  
Tél: 05 28 84 65 15



**PHARMACIE SOUK ELHADJ**  
Amal MOUJTAHID  
Dr. en Pharmacie  
Tél: 05 28 22 85 84  
ICE: 000005630000012  
13 Bis Lot. Kasbah O.I. AGADIR



**Dr. HAYOU Mohamed**

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des maladies et chirurgie  
du Nez, Gorge, Oreilles  
Cancérologie cervico, Faciale  
Troubles du Sommeil et Ronflement



**الدكتور هيو محمد**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق و الوجه  
اضطرابات النوم والشخير

أكادير، في : ..... Agadir, le :

**10 /10 /2023**

**NOTE D'HONORAIRES**

IF 75700260 ICE 00167446000062

**Mr. AMGHAR Lahoussine**

Total Régulé ce jour .....**250 Dh**

