

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

- 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.

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° W21-827723

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0529 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ATYA KHALIL

Date de naissance : 19/08/68

Adresse : H. Ch. Thel

Tél. : 0661 699 699 Total des frais engagés : 300 + 300 + 19,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Service Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie, Appt 14 Ain Chouf
Casablanca - Tél. : 05 22 52 19 70

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : DOUCHE HIND 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 : CASABLANCA Le : 28/02/24

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
29/01/24	C/S		300,00	<p>INP: 29/01/24 64848</p> <p>HASSANI RACHID</p> <p>Spécialiste ORL-Chirurgie</p> <p>Cervico-Faciale</p> <p>51, Bd Al Qods Rd. Les Jardins</p> <p>California, Apt 14 Ain Chock</p> <p>Tel: 06 22 05 45 70</p>
06/02/24	Voie facturé		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AERIA Angle Bd. Abdellah Bencherif et Bd. L'Aéropostale - Casablanca Tél: 0529.12.23.23	09-01- 2024	T = 59.40 DHs

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

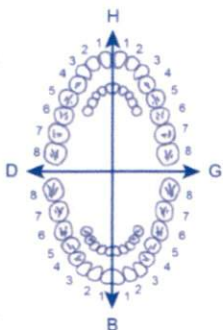
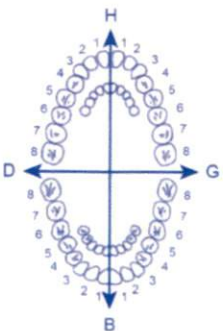
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>												
				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															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسن رضوان

إختصاصي

أمراض وجراحة الأذن الأنف والمخبرة
جراحة العنق والوجه
للصغار والكبار

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 29/01/2024

MME DOUCHE HIND

15,40

- Predni cooper 20 mg
3 Comprimés, matin, pendant 5 jours



أنتيبيو سينلار
19,40

40,00

- Antibio-synalar 2,5 mg / 1 000 000 ui / 350 000 ui
3 goutte, matin, midi, soir, pendant 5 jours



LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie, Appt 14 Ain Chok
Casablanca - Tel. : 05 22 52 69 78

PHARMACIE AERIA
Angle Bd. Abdellah Bencherif
et Bd. L'Aéropostale - Casablanca
SI Tél: 0529.12.23.23

T = 59,40 DHs

511, شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء (أمام محطة باص واي حي شريفة)
511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifa - Ain Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifa)

Tél : 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.ortl.hassani@gmail.com

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه
للصغار والكبار

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 06/02/2024

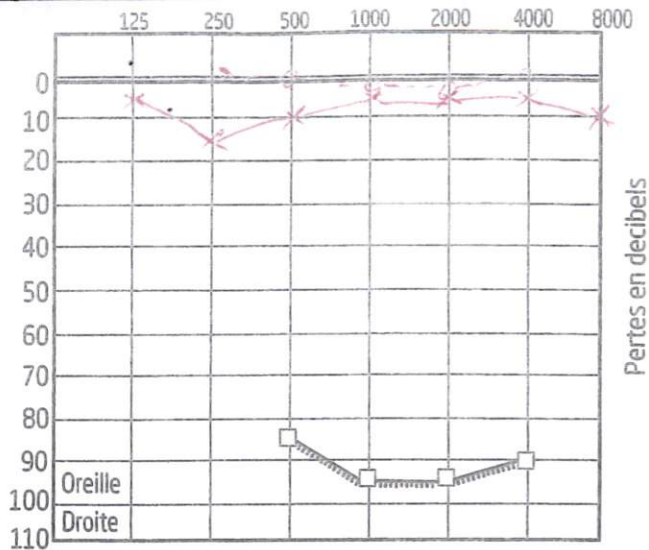
Facture

MME DOUCHE HIND

Acte	Honoraire
Audiogramme	300,00 Dh
Total	300,00 Dh

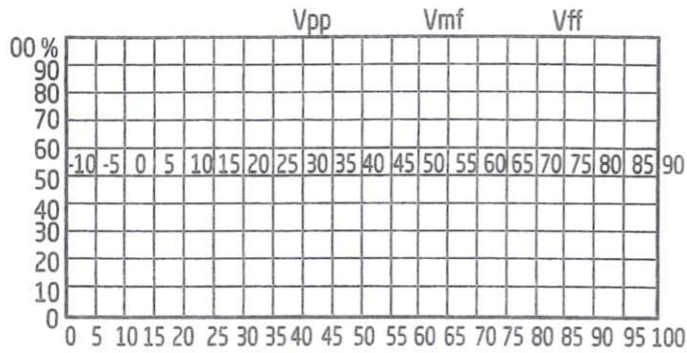
Arrêté la présente facture à la somme de :
300,00 Dirhams

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico-Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie, Appt 14 Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 52 69 78

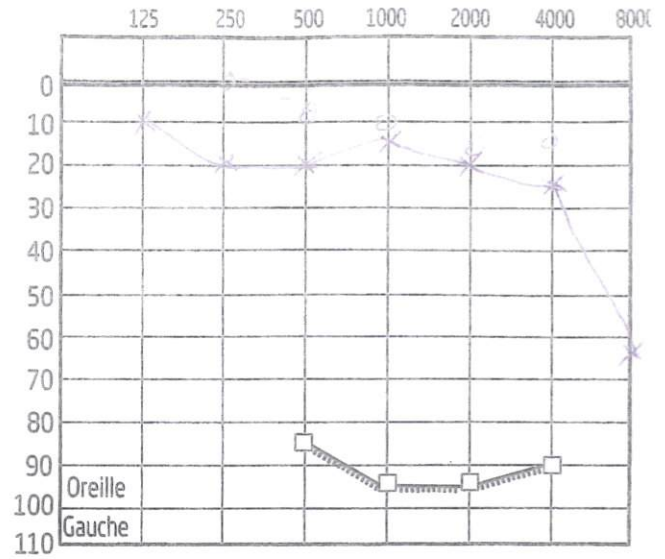


- O.D. : Trait rouge
- O.G. : Trait bleu
- + appareil : pointillé

EPREUVES VOCALES



$$I.C.A. = + + = \frac{2}{3} =$$



WEBER	Front Monton	250	500	1000	2000	4000	8000

Nom : DOUKHE

Prénom : Hind

Age : 43 ans

Profession :

Tableau clinique :

Date : 06/02/24

Résultat :

*Surdité de perception
gauche léger*

Dr. Hassani



Cabinet Dr Hassani
Oto-Rhino-Laryngologie

Explorations fonctionnelles :
Audiométrie