

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-440197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04466 Société : R.A.M. 157433

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ

Date de naissance : 1963

Adresse : LOT HAMZA N° 113 SIDI MAAROUF  
CASA

Tél. : 06 26 76 65 66 Total des frais engagés : 1081,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2023

Nom et prénom du malade : RASSY BOUCHRA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTIION

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

*RASSY*



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
28/03/23				INP: 001780701
28/04/23	CS		25000	
28/03/23	Contrôle			
	Autologramme			
	supplémentaire		40000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/03/2023	437,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

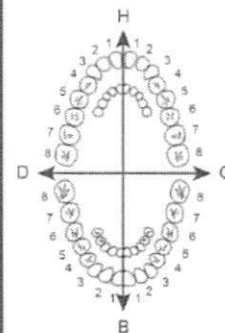
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

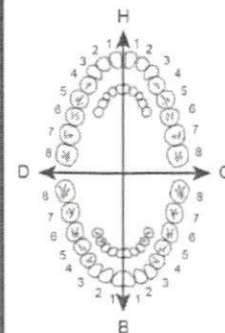
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	

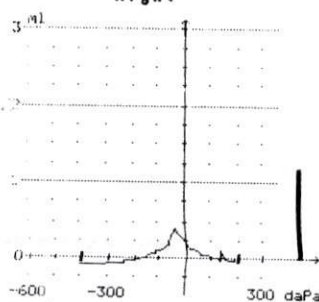
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

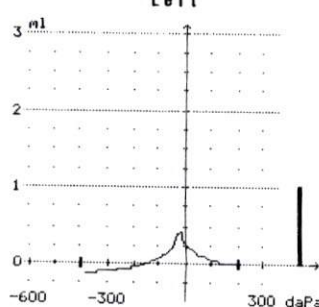
Id No.: \_\_\_\_\_ Date: 28/3/23  
Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
State: \_\_\_\_\_  
Country: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Examiner: \_\_\_\_\_  
Remarks: \_\_\_\_\_

## Right



Ear Volume	1.20 ml
Compliance	0.40 ml
Pressure	-34 daPa
Gradient	0.25 ml

Left



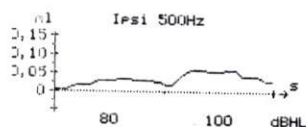
Ear Volume	1.02 ml
Compliance	0.45 ml
Pressure	-18 daPa
Gradient	0.29 ml

## Reflex

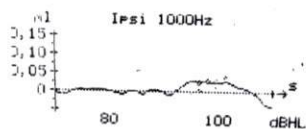
Right

Pressure -34 daPa

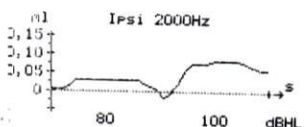
Sequence



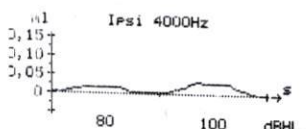
Sequence



Sequence



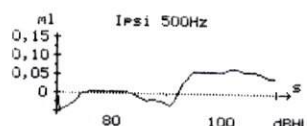
Sequence



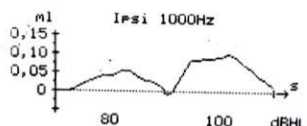
Left

Pressure -18 daPa

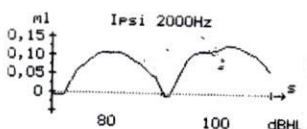
Sequence



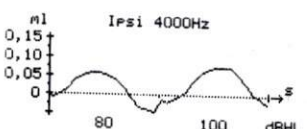
Sequence



Sequence



Sequence





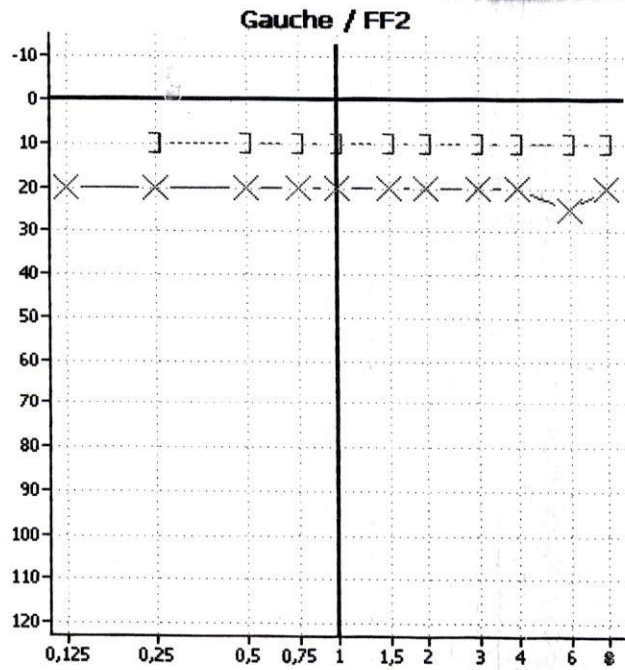
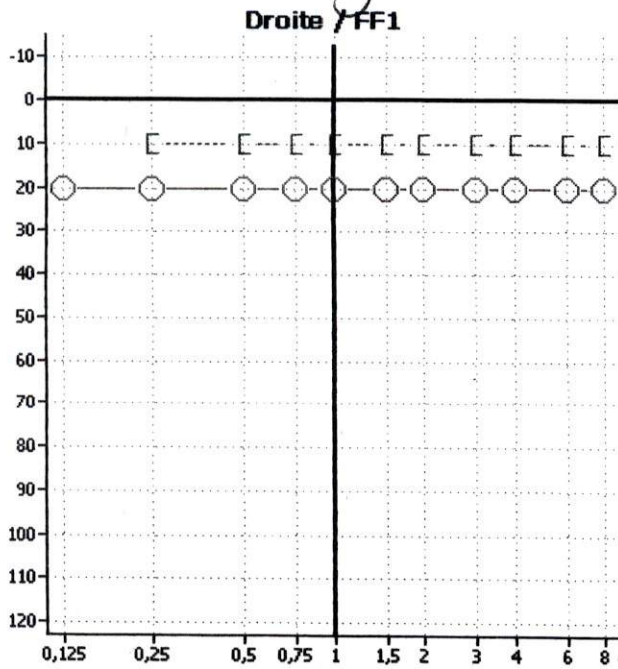
N Dossier:  
Nom de famille:  
Prénom:

Interacoustics A/S  
Drejervænget 8  
5610 Assens



28/03/2023 16:52:27

Tonale



Présentation des symboles

	Droite		Gauche		fibrateur		fibrateur		FF1		FF2	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
HL	○	△	×	□	<	>	]	]	○	△	×	□
UCL	▢	▢	▢	▢					▢	▢	▢	▢

An total. Seuil auditif normal au niveau des oreilles

Dr. Samir ERMAZI  
ORL et Chirurgie Cervico-faciale  
Bd. Abou Bakr el Kaddi RAS EL MAJAZ  
Im. 7, Apt. 3 Sidi Maârouf - C

Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre  
surdité, Ronflement et Allergie ORL  
Acouphène, Pathologie de la voix,  
Goitre



د. سناء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة  
جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن  
تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية  
طنين الأذن، اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية

## Ordonnance

Facture:

Le : 28/03/2023

for  
Dr. Sanae LRHAZI  
ORL et Chir. Cervico-Faciale  
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim  
7, Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca

R Assy BouckRA

Ex : Audiogramme + impedan  
ce métré

Honoraires : 40000 

Dr. Sanae LRHAZI  
ORL et Chir. Cervico-Faciale  
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim  
7, Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm N 7 Appt 3, 1 r étage -  
Sidi Maarouf - Casablanca -

Tél : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

Dr. Sahae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre  
surdié, Ronflement et Allergie ORL  
Acouphène, Pathologie de la voix,  
Goitre



د. سناء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة  
جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن  
تشخيص و علاج الصمم، الشخير و الحساسية  
طنين الأذن، اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية

## Ordonnance



Le : 28/3/23

1<sup>re</sup> Rasay Bouchia

79.00

1) Apixil 500

Lot: 220998  
À consommer avant le: 12/2025  
PPC: 79,00 DH

78.60

2) dorodes cp 3cpt - 6000 ptt 1 box

78.60

40.00

3) Cotiplex 200mg cp 3cpt - 6000 ptt 1 box

PPV: 40DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3937

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm N°7 Appt 3, 1<sup>er</sup> étage -  
Sidi Maarouf - Casablanca -  
Tél : +212 522 78 00 88 - + 212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

134.80  
4)

Nodno pyp 800 mg cp

LOT 222476  
EXP 07/2026  
PPV 134.80

99.00

1 cp a 3 t p 4 t 1 m 5

S Oedes 20 up gel: 1 gela

LOT 210577  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

430.60

Dr. S. L. P. N. A. I.  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Bd Abou Baker  
Km. 1, Apt. 3 Sila Inadrouf - Cas  
Tél: 0522 75

S.V.

130 min  
anti y paf

صيدان ابن قيسية  
PHARMACIEN TAINIA