

## 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.

### Diagnostique 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

Réclamation : [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)

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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 066436

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5391 Société : Mr : 322 88

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABAKHA NAJAT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 44 46 52 89 Total des frais engagés : 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 : Le : 09 07 2020

Signature de l'adhérent(e) :



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 813709

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ABAKHA NAJAT  
Matricule : 5321 Fonction : Retraitée Poste :  
Adresse : 04, rue B. M. N. 303 Casablanca  
Tél. : 0644465229 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ABAKHA. Najat Age 21 09 09  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 24.4.2020  
Nature de la maladie : ORL sur Bouche  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
Dr. Youssef CHEDDADI  
ORL  
A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin  
Tél: 05 37 77 77 17 / 07 67 18 43 30

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 813709  
Matricule N° : 5321  
Nom du patient : ABAKHA NAJAT  
Date de dépôt : 300 + 100 + 500 + 210, 20  
Montant engagé 09-07-2020  
Nombre de pièces jointes : 08 PL





## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
24.4.20	Oral		300	Dr. Youssef CHEDDADI 44, Av. de France, Agdal - Rabat Tél. 05 37 77 77 17 / 07 07 18 43 30
29.4.20	Oral		100	
			500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEGA MALL Centre Commercial Mega Mall Av. Mohammed VI Souissi Rabat - Tél. 05 37 63 93 71	25/4/20	215,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

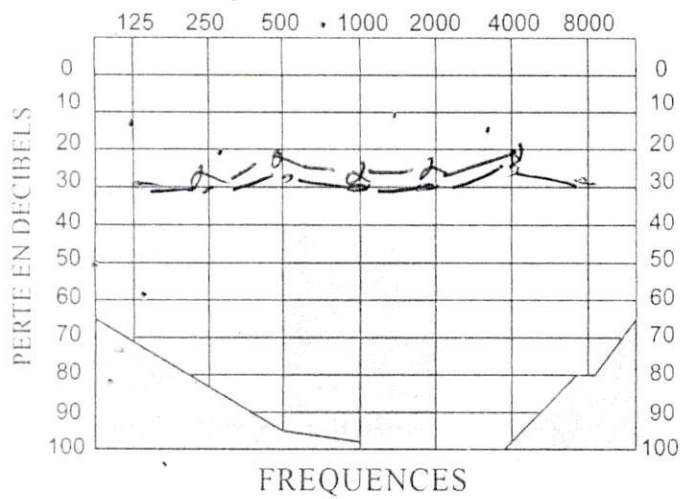
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																			
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

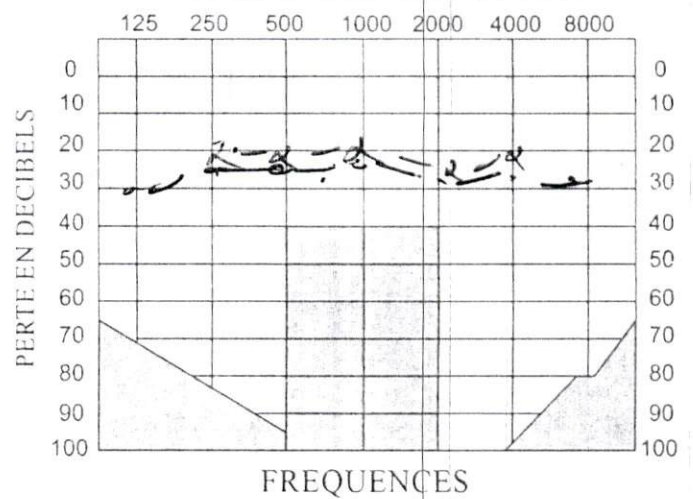
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



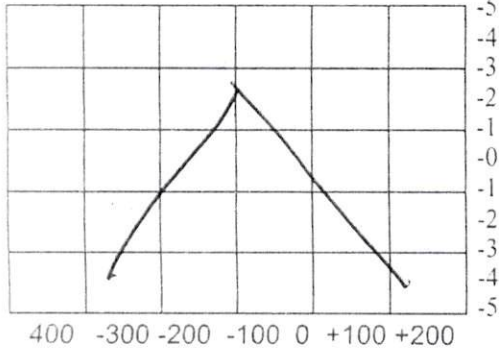
## OREILLE DROITE



## OREILLE GAUCHE



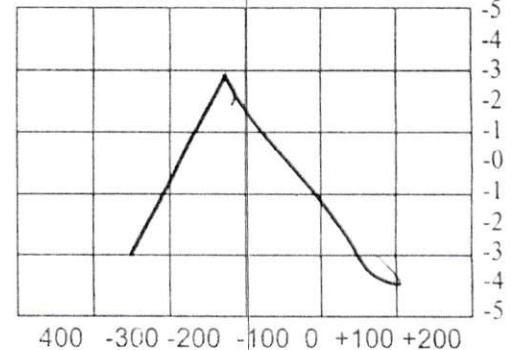
## TYMPANOMETRIE O D



	250	500	1000	2000
WEBER				

REFLEXE STAPEDIEN					
500 Hz:	dB	OG	OD	OG	OD
1000 Hz:	dB	++		0	0
2000 Hz:	dB	++		0	0
		++		0	0
4000 Hz:	dB	++		0	0

## TYMPANOMETRIE O G





عيادة أمراض الأنف والأذن والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

جراحة الأنف والجيوب الأنفية

جراحة الأذن

الدكتور يوسف الشدادي

خريج جامعة باريس

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU

CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS

CHIRURGIE DE L'OREILLE

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Dr. YOUSSEF CHEDDADI

Spécialiste diplômé de la faculté de Paris

AUDIOMETRIE

IMPEDANCEMETRIE

وزن السمع  
Dr. Youssef CHEDDADI  
44, Av. de France Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 17 / 07 07 18 43 30

NOM - PRENOM :

M<sup>me</sup> ABAYYA - Njil

AGE :

61 ans -

DATE :

29 - 4 - 2020



Dr YOUSSEF CHEDDADI  
ORL  
EXPLORATION ET TRAITEMENT DE LA SURDITE  
ET DES VERTIGES  
CHIRURGIE DE LA SURDITE  
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU (THYROÏDE)  
CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS

44 avenue de France Agdal, Rabat  
Tel cabinet : 05.37.77.77.17 - 0707184330  
GSM : 0661066733

Rabat le 29 . 04. 2020

**Nom et prénom :** MME ABAKHA NAJAT

**Age :** 61 Ans

**Renseignements cliniques :** Etat des tympans : NORMAUX  
Baisse auditive : +  
Bourdonnement : 0  
Vertiges : 0

**Examen :**

**Audiogramme :** exploration du champs auditif des deux oreilles avec balayage  
fréquentiel 125 hz jusqu'à 8000 hz

**Impédancemétrie :** tympanométrie et recherches des réflexes stapédiens

**Résultat :**

**Audiogramme : TRES LEGERE BAISSSE AUDITIVE DE  
PERCETION DES DEUX OREILLES**

**Impédancemétrie :**

**OD :** tympanogramme : NORMAL  
RS : +

**OG :** tympanogramme : NORMAL  
RS : +

**Conclusion : TRES LEGERE PRESBYACCOUSIE ,A CONTROLER  
APRES 2 ANS .**

Dr. Youssef CHEDDADI  
44, Av. de France, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 17 / 07 07 18 43 30



**Dr YOUSSEF CHEDDADI**  
**ORL**  
**CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**  
**CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS**  
**CHIRURGIE DE LA SURDITE**

44 avenue de France Agdal, Rabat  
Tel cabinet : 05 37 77 77 17 – 0707184330  
GSM :0661066733

Rabat le 24 .04.2020

**FACTURE**

**Mme ABAKHA NAJAT**

CONSULTATION ORL :	300.00 DH
SOINS OREILLE SOUS MICROSCOPE	
BOUCHON DE CERUMEN	100.00 DH
K10+K10/2	
<b>TOTAL</b>	<b>400.00 DH</b>

RECUE LA SOMME DE QUATRE CENT DH

**Dr. Youssef CHEDDADI**  
**ORL**  
44, Av. de France, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 17 - 07 07 18 43 30

ICE : 001665512000085    ID F : 40300380    1NPE :101040806



**Dr YOUSSEF CHEDDADI**  
**ORL**  
**CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**  
**CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS**  
**CHIRURGIE DE LA SURDITE**

44 avenue de France Agdal, Rabat  
TEL cabinet : 05 37 77 77 17 – 0707184330  
GSM :0661066733

Rabat le 29.04.2020

**FACTURE**

**MME ABAKHA NAJAT**

**AUDIOGRAMME + IMPEDENCEMETRIE : 500.00 DH**

**RECUE LA SOMME DE CINQ CENT DH**

**Dr. Youssef CHEDDADI**  
**ORL**  
44, Av. de France, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 17 / 07 07 18 43 30



DR CHEDDADI YOUSSEF  
ORL  
CHIRURGIE DE LA THYROÏDE  
CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS  
EXPLORATION DES VERTIGES - CHIRURGIE DE LA SURDITE  
CHIRURGIE ET MÉDECINE ESTHÉTIQUE DE LA FACE

Rabat le : samedi 25 avril 2020

Patient : ABAKHA Najat

168,2

**augmentin 1 GR**

1 sachet matin et soir 8 jours

33,00

**SPECTRUM GOUTTES**

6 gouttes 2 fois par jours 5 jours

16,00

**DOLIPRANE 1 gr**

1 cp matin et soir 2 jours

215,20



Dr. Youssef CHEDDADI  
ORL

44, Av. de France, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 77 17 / 07 07 18 43 30



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

**Composition :**

Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique ..... 125mg  
(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



gsk

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

**16 SACHETS**

**poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet**

أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ  
أموكسيسيلين / الحمض كلافلواني  
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.  
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى  
الأطفال، تحت درجة حرارة  
أقل من 25° ويعيدا عن الرطوبة.  
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda,  
Région de Rabat

Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi  
et Rue Abou  
Hamed AIGHazali,  
Casablanca 20 000

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 168,20 DH  
LOT : 623727  
PER : 05/21





سبيكتروم  
سيبرفلوكساسين

0,3%  
قطرات  
للأذن



قطرات للأذن 5 ml

مدة : صباح : زوال : مساء

COOPER  
PHARMA

LOT : A090194  
PER : 03-2022  
PPV : 33,00DH

3

À conserver à une température inférieure  
à 25°C à l'abri de la lumière.  
Vous devez jeter le flacon 4 semaines  
après ouverture.



Se reporter à la notice à  
l'intérieur de l'étui.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE  
DES ENFANTS.

Tableau A (liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance  
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

COOPER  
PHARMA

41, Rue Med Diouri, 20110 Casablanca  
Amina DAOUDI :  
Pharmacien responsable  
Fabriqué par Cipla Ltd

0,3%  
Gouttes  
compte-gouttes  
5 ml  
Flacon

Spectrum®  
ciprofloxacine

Spectrum®  
ciprofloxacine



0,3%  
Gouttes  
auriculaires



Flacon  
compte-gouttes 5 ml

COOPER  
PHARMA

COOPER  
PHARMA

IDEMCO

Voie locale

# COMPOSITION

Ciprofloxacine (sous forme de chlorhydrate) :  
3,00mg  
Chlorure de sodium, solution de chlorure de  
benzalkonium à 10%, édétate disodique, acide  
chlorhydrique, eppi q.s.p 1ml  
Excipient à effet notoire : Chlorure de  
benzalkonium

SPECTRUM 0,3%  
Gouttes auriculaires  
En Flacon de 5 ml



6118001101658

756.062.11.16



# Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



**b** bottu s.a

02, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE  
10. Comprimés

COMPRIMÉ

PPV: 14DH00

PER: 01/23

LOT: J283

