

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.

Biologie 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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



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. : 0614465299 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 kinsithérapeute
- 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 : Retraite Poste :
Adresse : 04, Rue Bixelles n° 303 Casablanca
Tél. : 0644465229 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

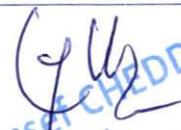
Nom & Prénom du patient : M^{me} ABAKHA. Najat Age 21 | 09 | 09
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin : 24.4.2020
Nature de la maladie : ORL sur Bouche
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
Dr. Youssef CHEDDADI
ORL
A _____ le _____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

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 <small>44, Av. de France, Agdal - Rabat Tél. 05 37 77 71 17 / 07 07 18 43 30</small>
29.4.20	Oral		500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facure
	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	

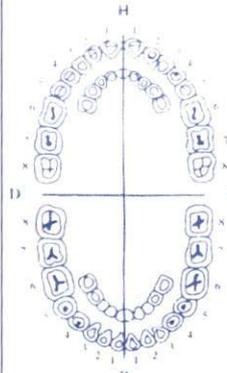
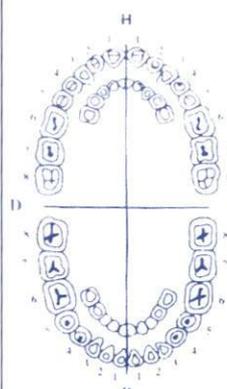
VOLET ADHERENT

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

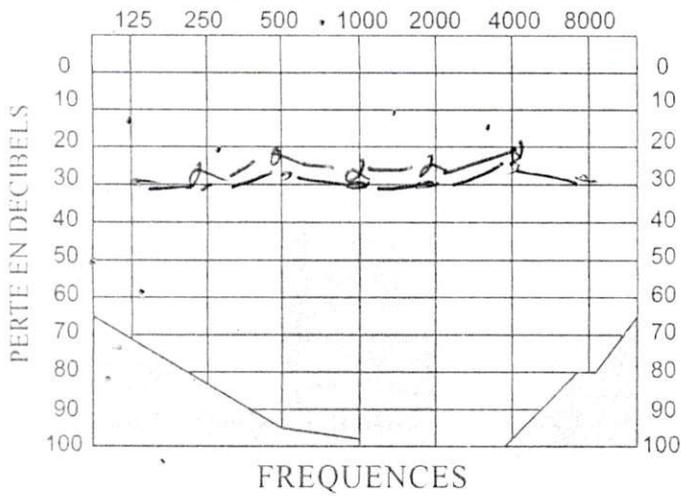
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANT 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: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																								
	25533412		21433552																							
	00000000		00000000																							
	D		G																							
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
	B																									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

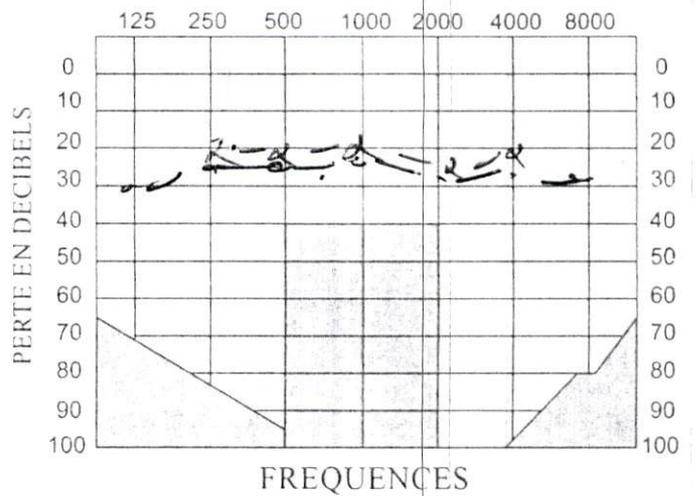
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

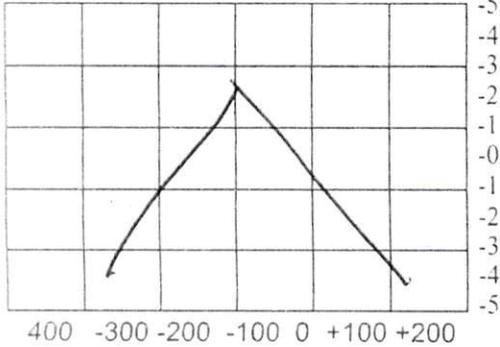
OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE



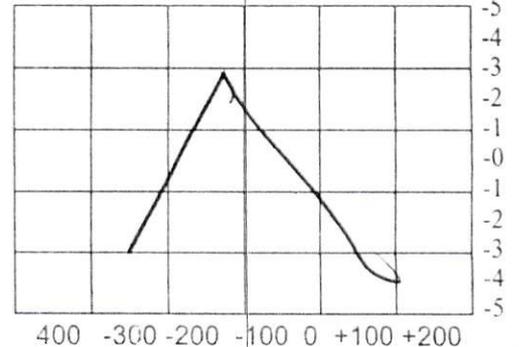
TYMPANOMETRIE O D



	250	500	1000	2000
WEBER	←————→			

REFLEXE STAPEDIEN					
500 Hz:	dB	OG	OD	OG	OD
1000 Hz:	dB	++	0	0	0
2000 Hz:	dB	++	0	0	0
4000 Hz:	dB	++	0	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 11 / 07 07 18 43 30

NOM - PRENOM : M^{me} ASAKHA - Njir
AGE : 61 ans
DATE : 29 - 4 - 2020

الاسم :

التاريخ :

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 tympanes : 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	
TOTAL	400.00 DH

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

ICE : 001665512000085 ID F : 40300380 1NPE :101040806

DR CHEDDADI YOUSSEF
ORL
CHIRURGIE DE LA THYROIDE
CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS
EXPLORATION DES VERTIGES - CHIRURGIE DE LA SURDITE
CHIRURGIE ET MEDECINE ESTHETIQUE DE LA FACE

Rabat le : samedi 25 avril 2020

Patient : ABAKHA Najat

168,2

augmentin 1 GR

1sachet matin et soir 8 jours

33,00

SPECTRUM GOUTTES

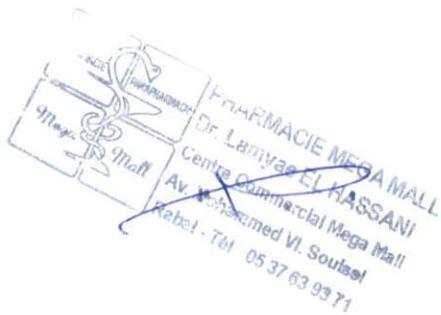
6 gouttes 2 fois par jours 5 jours

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 كلافولانيك

مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى

الأطفال، تحت درجة حرارة

اقل من 25° وبعيدا 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



3

سبيكتروم
سيبرفلوكساسين

0,3%
قطرات
للأذن



قطرات للأذن 5 ml



COOPER
PHARMA

L0T : A090194
PER : 03-2022
PPV : 33, 00DH

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 يسلّم إلا بوصفة الطبيب

COOPER
PHARMA

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

0,3%
Flacon
5 ml
compte-gouttes

Spectrum®
ciprofloxacine

Spectrum®
ciprofloxacine



0,3%
Gouttes
auriculaires



Flacon
compte-gouttes 5 ml



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



756.062.11.16

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a
03, Allée des Casuarinas - Ahn Sebiba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10. Comprimés

PPV: 14DH00

PER: 01/23

LOT: J283

