

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-627912

71893

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1487 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MACHGHOU SALAH

Date de naissance : 30.06.1950

Adresse : Lot AL ABARISIA N° 126  
Bordj BOUABOU - Casablanca

Tél. : 06.06.82.0671 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Khadija EL YACOUB.  
Spécialiste O.R.L.  
136 Imm Faraj Lot Lina  
Sidi Mabrouf Casablanca  
Tél. 05 22 97 25 26 Fax 05 22 97 25 27

Date de consultation : 04 MAI 2021

Nom et prénom du malade : MACHGHOU SALAH

Age : 19/50

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

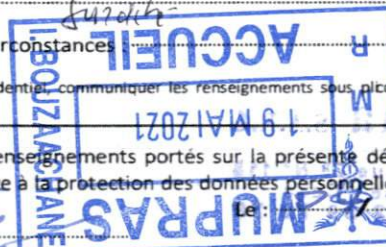
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
MAL 2021	Ce + Kcs Indo simps		755	INP : [Signature] <b>Dr Khaid EL YACOUBI</b> Spécialiste O.R.L. 136 mm Faraj Lot Lina Bord Maarouf Casablanca Tel 05 22 97 25 25 Fax 05 22 97 25 27

[illegible]

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

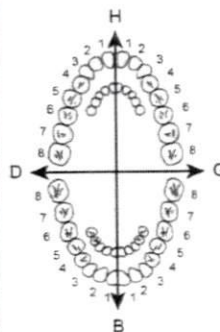
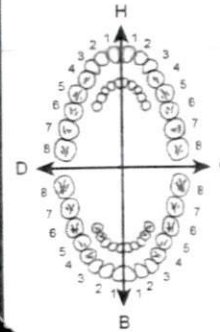
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Caudina S.A.R.L.</b> 15 rue Mabrouk - 28 N° 118 81000 Bihman - Casa Tél : 05 22 59 72 78	07/10/2012	2				16000,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

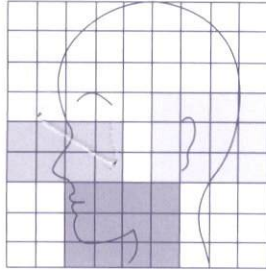
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé  
Faculté de Médecine de Montpellier  
Nez • Gorge • Oreilles  
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي  
اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق  
الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 04 MAI 2021

## NOTE d'HONORAIRES :

Je prie Mr, Mme :

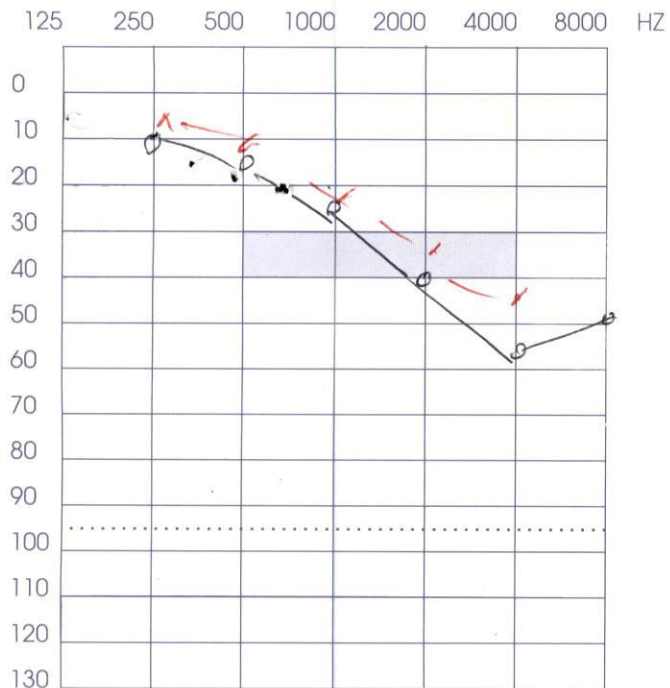
M. Rachid El Khel

de croire à mes meilleures salutations et lui présente selon l'usage ma  
note d'honoraires :

G + Kes M. Rachid El Khel

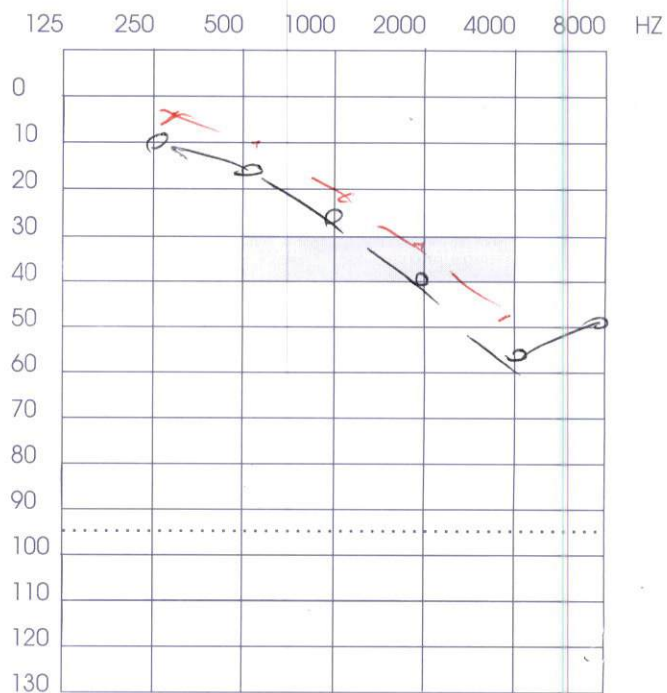
750

Dr. Khalid EL YACOUBI  
Spécialiste O.R.L.  
136 Imm Faraj Appt 7 Lot Lina  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél : 0522 97 25 26



dB Assourdissement :

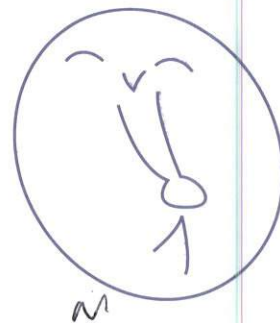
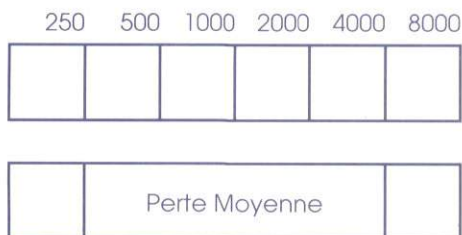
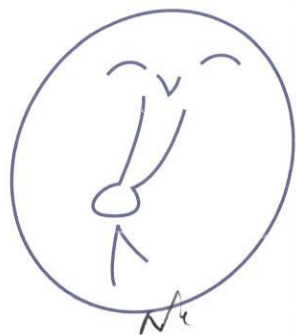
OREILLE DROITE



dB Assourdissement :

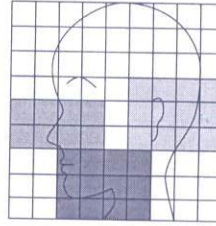
OREILLE GAUCHE

WEBER



Audition et Perception sur la base d'un type presbycusis

CABINET ORL



## AUDIOGRAMME

الدكتور خالد يعقوبي

Dr EL YACOUBI Khalid

Spécialiste ORL

Imm. Faraj (prés Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136,  
Tél. : 05 22 97 25 26 - Fax : 05 22 97 25 27 - CASA  
Email : khelyacoubi@hotmail.com

Nom :

Mr Nachpoul Salah

Age :

1950

Date :

04 MAI 2021

**Dr. Khalid EL YACOUBI**  
Spécialiste O.R.L.  
136 Imm Faraj Appt 7 Lot Lina  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél : 0522 97 25 26