

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° W21-653204

84221

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0085702 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMRANE LEKBIRA

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Hay Elmana 2 Rue 6 Tamm H-1 N°4

Casablanca.

Tél. : 0627 19 1981 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelonnées
ns les 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 venir 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 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 862666

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HAMRANE LEKBIRA
Matricule : 00857 Fonction : Vendeur Poste :
Adresse : Moy Irona 2 Rue 6 Imm H-1 N°4 Casablanca
Tél. : 0627 10 19 81 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : HAMRANE LEKBIRA Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 19/08/2021
Nature de la maladie : AFFECTION ORL
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca le 19/08/21 Signature et cachet du médecin Dr. SANABERHAZI
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. SANABERHAZI
ORL et Chirurgie de la Voix et de la Respiration
Bd. Abou Bakr el-Sadi Res. N°1
Imm. 7, Appt. 3 Sidi Maârouf - Casa
Tél. 0522 78 00 88

VOLET ADHERENT

DECLARATION 862666
Matricule N° : 0085702
Nom du patient : HAMRANE LEKBIRA
Date de dépôt : 14/09/2021
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/08/21 | cs | | +250 ddt | Dr. Samir LRAHABI O.R.L. & Chirurgie Cervico-Faciale Bd. Abou Baker El Kaoui Rés. N° 1 Imm. 7, Apt. 3 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 78 00 88 |
| 10/08/21 | sudiotogramme | | +400 ddt | |


EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 19/08/21 | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  | 10/08/21 | | | | | 1200 ddt |

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 soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire 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 | | |
|--|---|--|
| 25533412 00000000 00000000 35533411 | H 21433552 00000000 00000000 11433553 G B | Coefficient DES TRAVAUX 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

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 والحنجرة
جراحة الوجه والحنق

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

Ordonnance

Le 19/08/2021

Mr Hamane Akbilia

26,50

Shinosalic

Pommade



1 app 1 le soir pte 10j

1 app 2 le soir pte 30j

Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadrir, Résidence Naim
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : +212 522 78 00 88

PHARMACIE AGUTLALI
Mme IDRISSA AGUTLALI
42, Bd. Tachfoutine, Sidi Maarouf
Casablanca - Tél: 06 22 21 88 84

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadrir, Résidence Naim, Imm N 7 Apt 3, 1 r étage -
Sidi Maarouf - Casablanca -
Tél : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

30 g

Voie cutanée

A17911

Ne pas avaler

Conserver à l'abri de la chaleur

Tableau A (liste I)

سكينوسال

بيطامazon (ديبروبيونات)
و حامض الساليسليك

Skinosalic pommade
tube de 30g



6 118000 091561

6

Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et
chirurgie ceryico-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

Le : 19/08/2021

Facture:

M^{me}: HAMRANE LKBIRO

Ex: Audiogramme

Honoraires: 400 dh

Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Ceryico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim
Imm. 7, Apt 3 - Sidi Maarouf - Casa
Tél: 0522 78 00 88

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

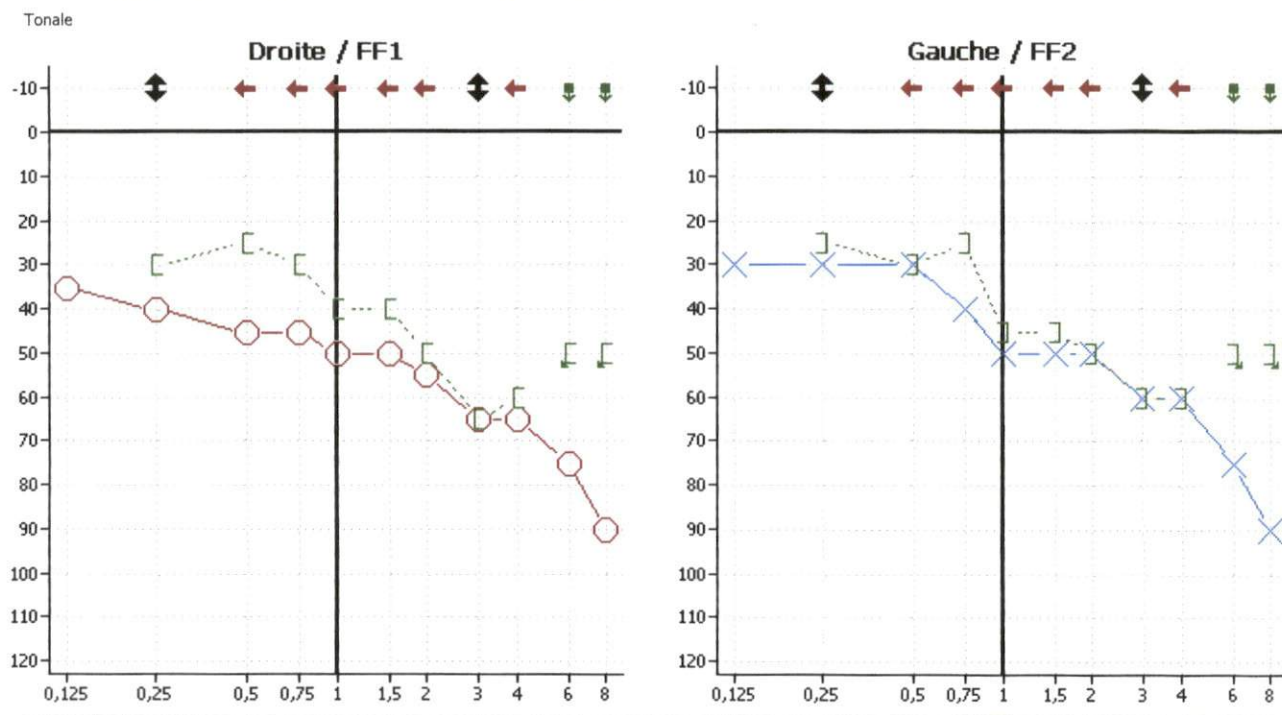
N Dossier:
Nom de famille:
Prénom:

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens



IPF Hamiane Lkabila

19/08/2021 15:33:05



| | Droite | | Gauche | | fibreur | | fibreur (| | FF1 | FF2 | | |
|-----|--------|---|--------|---|---------|---|-----------|---|-----|-----|---|---|
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | | |
| HL | ○ | △ | × | □ | < | [| > |] | ○ | △ | × | □ |
| UCL | ▮ | ▮ | ▮ | ▮ | | | | | ▮ | ▮ | ▮ | ▮ |

Au total: Presbycusis bilatérale

Dr. Samir LRHAZI
ORL et Otorhinolaryngologie - Service-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kaddi Res. Naim
Imm. 7, Apt. 3 Sidi Maarouf - Casa
Tél: 0522 78 00 88

Date : 19/08/21

Patient : Hamlane Lkbira

| | OD | OG |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| >> APPAREILLAGE AUDITIF | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| >> LES MASQUEURS D'ACOUPHÉNES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| >> EMBOUTS ANATOMIQUE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| >> ANTI EAU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| >> ANTI-BRUIT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observations :
 A noter un Pb d'intelligibilité
 => Essai d'appareillage



 Docteur

Siège social : 217 résidence Al Fath, prolongement Boulevard Brahim Roudani
 (ex Route d'Eljadida), 1er étage N° 1, Casablanca.

E-mail : audiophonics20@gmail.com

Tél./fax : 05 22 98 22 43 / Gsm : 06 61 51 18 50

Boulevard
Yaacoub

Elmansour

شارع يعقوب المنصور

Station des grands TAXIS Laaouina
محطة الطاكسيات لعويينة



Boulevard Brahim Roudani

Ex: Route d'Eljadida

شارع إبراهيم الروداني - طريق الجديدة

Rue Nassih Eddine
extension Rue Socrate

زنقة ناصح الدين امتداد زنقة سقراط زنقة البشير لعلج

Résidence

Nadia

إقامة

نادية

Rue Bachir Laalaj
extension Rue Socrate

إقامة
217
Résidence
Al Fath
ici هنا

Pharmacie
VITA
صيدلية
فيتا

AUDIOPHONICS

Rue
Georges
Sand

زنقة
جورج
ساند

09/09/2021

DEVIS N° DC/202100082

Client: HAMRANE LEBIRA

| Désignation | Quantité | Prix Unit. | % Remise | % TVA | Prix Total en Dh |
|---|----------|------------|----------|-------|------------------|
| Phonak BTE Vitus BTE-P (beige) 050-0240-01 Appareil Auditif Avec Pile Basic 4 Belong | 2 | 5 940,00 | | | 11 880,00 |
| Piles pour appareils auditifs 6xPiles 13 13AUX-6XEAMF Rayovac 13 | 2 | 50,00 | | 20 % | 120,00 |

PRESTATIONS D'ADAPTATION INDISSOCIABLES DE L'APPAREIL AUDITIF

Garantie de l'appareil : 1 an

Entretien, réglage et suivi de l'appareil inclus

| MONTANT TOTAL | 12 000,00 |
|---------------|-----------|
|---------------|-----------|

Le présent devis est arrêté à la somme de :

Douze Mille Dirhams

Centre Marocain de Prothèse
Auditive

120, Bd. 11 Janvier - Casablanca

Tél.: 0522 31 50 50 - Fax: 0522 31 56 60

Centre Marocain de Prothèse Auditive

CNSS: 2114726 - RC: 220850 Casa - ID Fiscale : 41900137 - ICE: 000108013000051

RIB: 013 780 01104 01284300185 48 - SWIFT: BMCIMAMC

Casablanca: 120, Bd du 11 Janvier - Tél: 0522.31.50.50 - Fax: 0522.31.56.68 - Patente: 34300137

Kénitra: 403, Bd Mohamed V Appt. 3 - Tél: 0537.36.13.11 - Patente: 20813759

Fés: 13, Résidence Almorjane, Rue Mohamed Ben Abdelkrim El Khattabi - Tél: 0535.62.08.99 - Patente: 13602705

Meknes: 9, Rue ANTSIRABE - Tél: 0535.52.07.58 - Patente: 17111078

contact@correction-auditive.ma
www.correction-auditive.ma

AT235

Subject Data Printout

Id No.: _____

Date: 19/08/21

Sex: _____ Age: _____

Name: _____

Address: _____

City: TP Hamiane Kebila

State: _____

Country: _____

Phone: _____

E-mail: _____

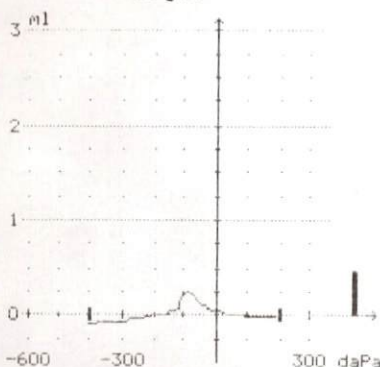
Examiner: _____

Remarks: _____

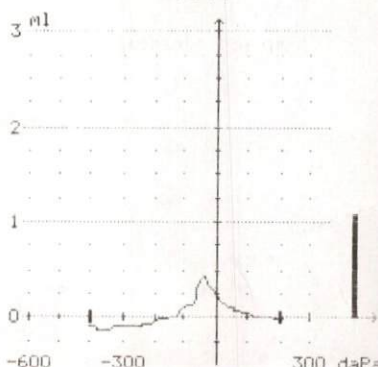
Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadhiri, Rés. Naim
Imm. 7, Apt. 3 Sidi Maarouf - Casa
Tél: 0522 76 00 88

Tympanogram

Right



Left



Ear Volume 0.48 ml
Compliance 0.24 ml
Pressure -89 daPa
Gradient 0.17 ml

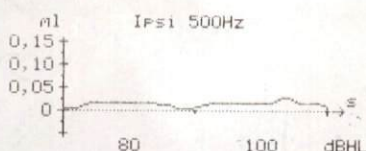
Ear Volume 1.11 ml
Compliance 0.44 ml
Pressure -34 daPa
Gradient 0.27 ml

Reflex

Right

Pressure -89 daPa

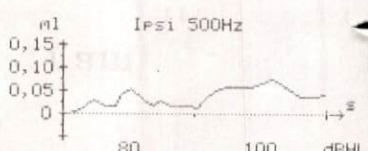
Sequence



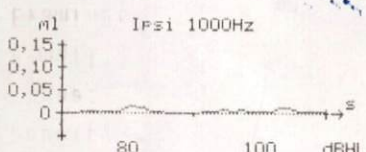
Left

Pressure -34 daPa

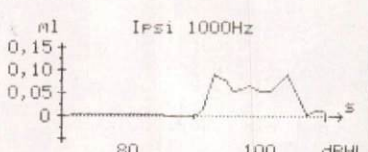
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

