

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-586889

*Am courrier*  
*103561*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : *768*

Société : *RAM*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : *BENCHEKROUN Mohamed*

Date de naissance : *01-01-1945*

Adresse : *106 Bd de L'ATLANTIDE POLO*

*CASA*

Tél. : *0661 74 798*

Total des frais engagés : *906*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur ZIZI Abdelhak**  
**SPECIALISTE O.R.L**  
93, BD MASSIRA EL KHADRA - MAJMAH  
Tél : 022 25 93 89 - Fax : 022 25 37 51

Cachet du médecin :

Date de consultation : *13-12-2021*

Nom et prénom du malade : *A. BENCHEKROUN Mohamed*

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 : *CASA*

Le : *12-01-22*

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-586889

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : *768*

Nom de l'adhérent(e) : *BENCHEKROUN Mohamed*

Total des frais engagés : *906*

Date de dépôt : *12-01-22*

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### 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)

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 Ali Ben Abdallah - Ben Moudjahid - Rue Mohamed Fakir - Ali Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L-G) - Fax : 05 22 20 76 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



# 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
13/12/2022	Cs		300,00dt	INP : 091142018 Docteur AIZ: Abdelhak SPECIALISTE O.R.L. 13, Bd. EL KHADRA - Médina Tél: 022 52 19 99 Fax: 022 23 57 31
			450,00dt	
			750,00dt	

Auditogramme complet

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 405, Bd. Panoramique Polo Médina - Tél: 0522 52 19 99	13/12/21	156,00

# 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.

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

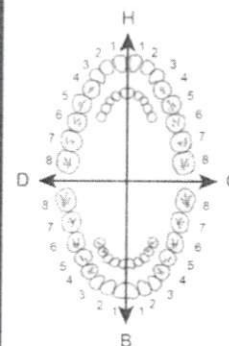
# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

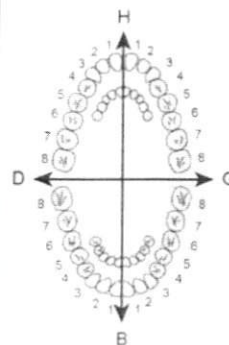
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

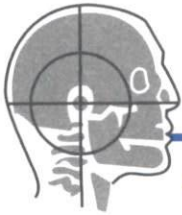
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# الدكتور الزيزي عبد الحق Docteur ZIZI Abdelhak

**O.R.L.** Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de la Société Française d'O.R.L.

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض وجراحة: الأنف - الحلق - الأذن - والعنق - الصمم والدوخة

Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES  
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le 13.12.2021 في الدار البيضاء

A. BENCHERKROUN  
Mohamed

71,30

1 Tanakan.



My

U's

84,70

4 Zenny.



U's

U's

T: 156,00

ZENMAG® 32 GELULES



L01 21048/FC16  
02/2024 PPC 84,70

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBÉS



71,30

Amir

PHARMACIE CALIFORNIE  
ALI ALAMI  
Docteur en Pharmacie  
435, Bd. Panoramique  
Casablanca - Tél: 05 22 23 23 23

Tél. : 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 23 - GSM : 06 61 56 67 43 - E-mail : ziziabdelhak@gmail.com

93, شارع المسيرة الحمراء إقامات السور - الدار البيضاء  
93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

# AUDIOGRAMME

Nom : HENCHERKROUN

Prénom : Mohammed

Age : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

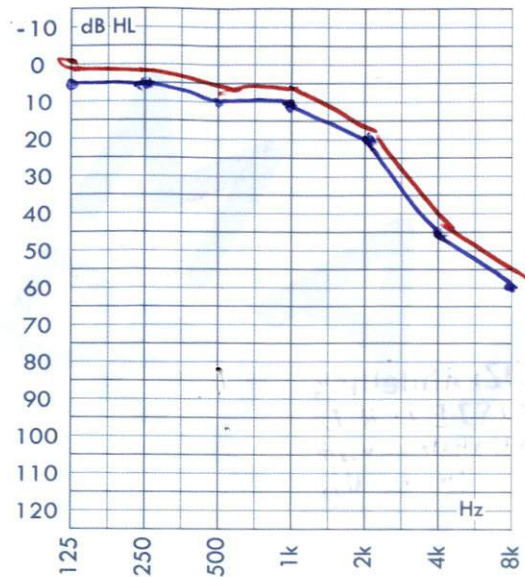
Date : 13/12/2021

Docteur ZIZ: Abdelhak  
SPECIALISTE O.R.L.  
13, BD MANNIRA EL KHADRA - Maarif  
Tel: 021 23 37 21

Observations :



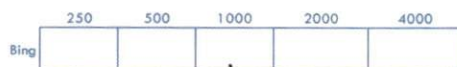
# Audiomètre Oreille Droite



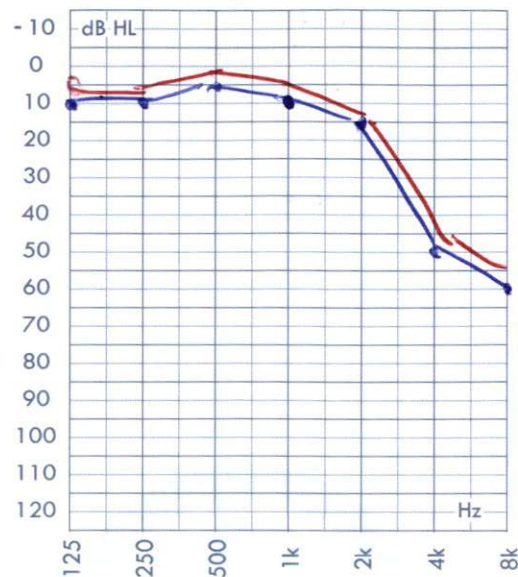
## Perte Auditive

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

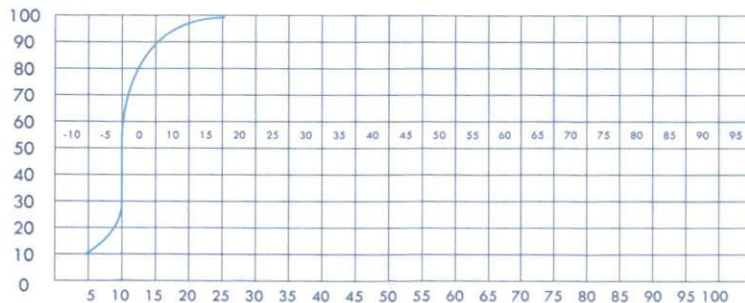
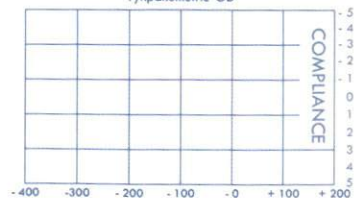
Total  
Perte  
Binaurale  
en %



# Audiomètre Oreille Gauche



## Tympanométrie OD



## Tympanométrie OG

