

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 de 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 radiologie 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-689092

120783

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 526- Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HACIM FOUZIA

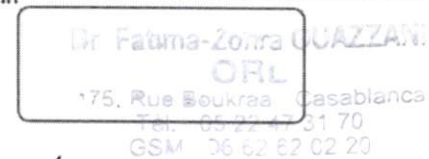
Date de naissance : 26/11/1957

Adresse :

Tél. : 0662394643 Total des frais engagés : 1117,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HACIM FOUZIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 28/5/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
| 28 Juin 2022 | | 25 | 302,50 | INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | 517,90 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet et signature du Pharmacien ou du Distributeur | Date | Montant de la Facture |
| | 28/06/22 | 517,90 |

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| RELEVÉ DES FRAIS | | |
|--|---|-----------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN |

LOT 219038
EXP 08/23
PPV 450H80
39,90

COEFFICIENT DES TR
LOT 219038
EXP 08/23
PPV 450H80
37,00

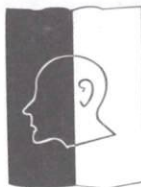
DEBUT D'EXECUT
LOT
PER
FIN D'EXECUT

COEFFICIENT DES TR
LOT 219038
EXP 08/23
PPV 450H80
37,00

LOT 036R015A
PER: 10/2023
Aeromax: 190,00 dh
Flacon pulvérisateur
6 118001 110360

Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة
العنق و الوجه

Casablanca, le : 28/06/2022

NOTE D'HONORAIRES

Mme EL HACHAD Fouzia

| <u>Actes</u> | <u>Montant</u> |
|-----------------------------|----------------|
| consultation | 300,00 |
| Audiogramme+Impedancemetrie | 600,00 |
| Total : | 900,00 |

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Dr Fatima-Zohra OUAZZANI
175 Rue Boukraa Casablanca
Tel. 05 22 47 31 70
GSM 06 62 62 02 20

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

الهاتف : 05 22 47 31 70 - GSM : 06 62 62 02 20

Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE



سورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة
العنق و الوجه

Casablanca, le : 28/06/2022

Mme EL HACHAD Fouzia

84,80
BREXIN CP



1 comprimé APRES LE REPAS DE MIDI, pendant 10 jours

288
VITANEVRIL FORT



1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 10 jours

3700
ACETHIO CP



2 comprimés matin et soir, pendant 5 jours

19000
AEROMAX



2 pulvérisations matin et soir APRES MOUCHAGE pd 15j

2 pulvérisations le matin pd 1 mois

4580 x 3
CETIRAL



1 comprimé le soir, pendant 6 semaines

39,90
EXOMUC SACH



1 sachet, 3 fois par jour, pendant 10 jours

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70 : الهاتف



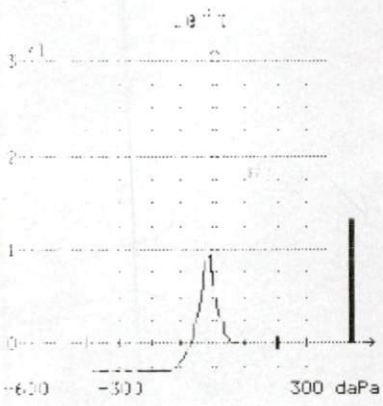
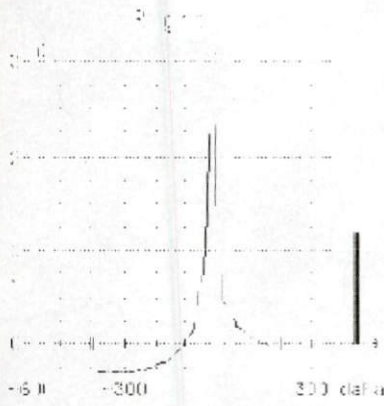
Dr Fatima-Zohra OUAZZANI
ORL
175 Rue Boukraa, Casablanca
Tél. 05 22 47 31 70
GSM 06 62 62 02 20

514,90

Address: _____
 City: _____
 State: _____
 Zip: _____
 Name: _____
 Phone: _____
 Notes: _____

28 Jun 77

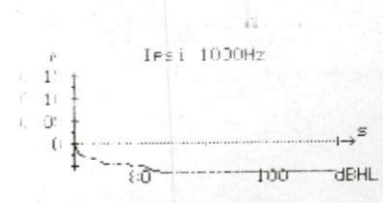
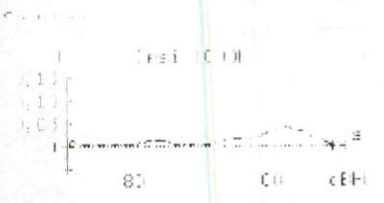
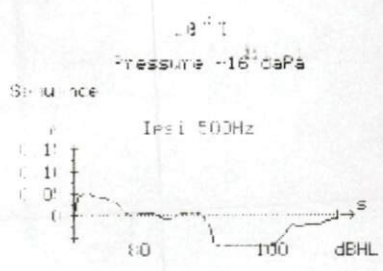
Tympanogram



Ear Volume: 1.21 ml
 Compliance: 2.31 ml
 Pressure: -10 daPa
 Gradient: 0.91 ml

Ear Volume: 1.33 ml
 Compliance: 0.94 ml
 Pressure: -10 daPa
 Gradient: 0.85 ml

Reflex



AUDIOMETRIE VOCALE

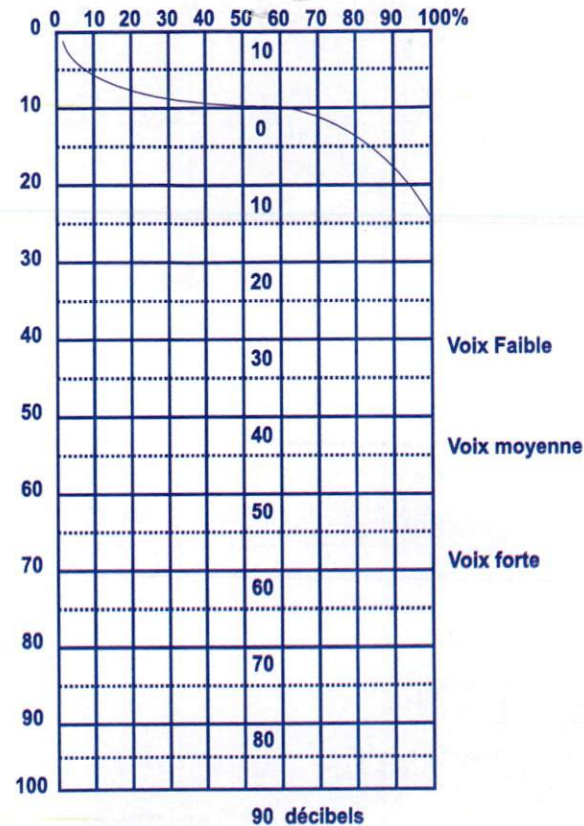
Dr Fatima-Zohra OUZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO - FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة
العنق و الوجه



AUDIOMETRIE

Date :

28 Juin 2022

Nom : EL HACHAJ

Prénom : Fatiha

Adresse :

Profession :

Sexe : Age :

Observation clinique

Binaurale : NOIR
Monaurale droite : ROUGE
Monaurale gauche : BLEU

PERTE VOCALE BINAURALE EN db
PERTE VOCALE { OD -
OG -
MONAURALE

OBSERVATIONS :

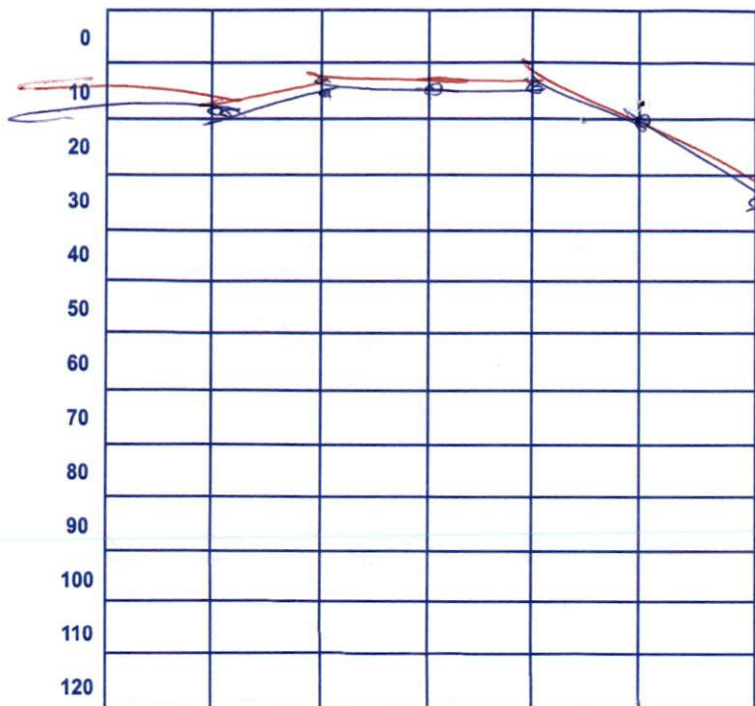


OD

AUDIOMETRIE TONALITE

OG

125 250 500 1000 2000 4000 8000



PERTE AUDITIVE

| | O.D. | O.G. |
|--------|------|------|
| 500 | | |
| 1000 | | |
| 2000 | | |
| 4000 | | |
| TOTAUX | | |

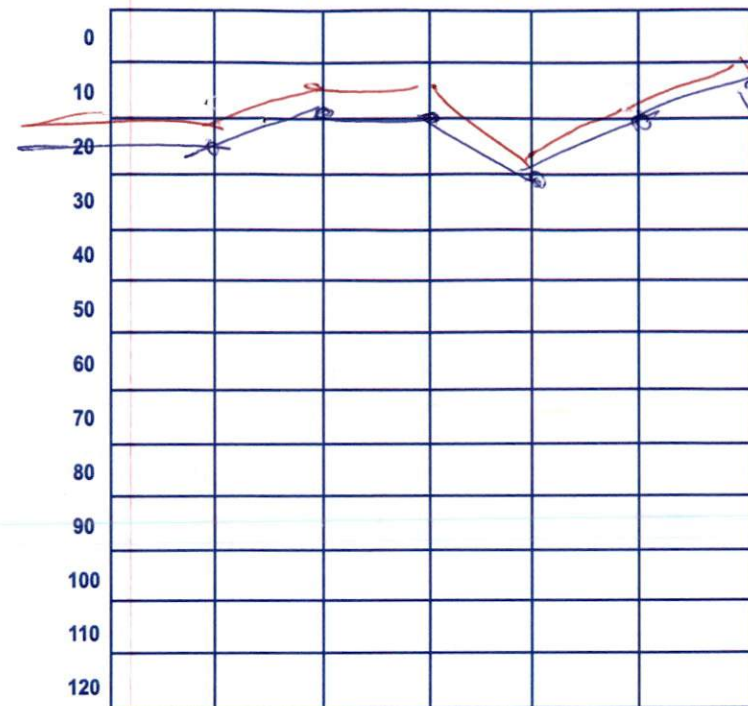
DEFICIT BINAURAL

B.O X 7 =

M.O X 1 = $\frac{\quad}{8}$

= %

125 250 500 1000 2000 4000 8000



CDA-COR

| | | |
|---|---|---|
| + | + | = |
|---|---|---|

WEBER

| | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|--------------|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| Menton Front | | | | | | | |
| Menton | | | | | | | |

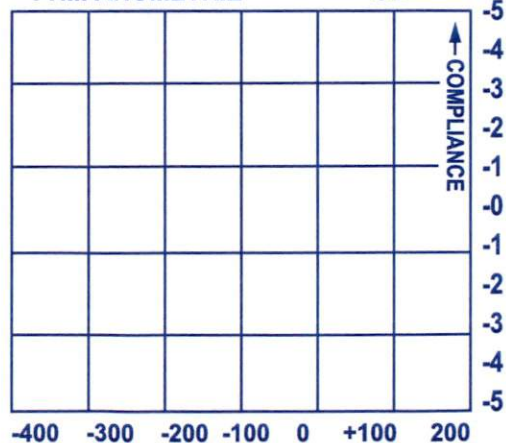
CDA-COR

| | | |
|---|---|---|
| + | + | = |
|---|---|---|

IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE

OD



REFLEXES STAPEDIENS

| OD | | | OG | | |
|--------|--------|-------------|--------|--------|--|
| Contra | Ipsi | | Contra | Ipsi | |
| dB + 0 | Db + 0 | 500 Hz | Db + 0 | Db + 0 | |
| dB + 0 | Db + 0 | 1000 Hz | Db + 0 | Db + 0 | |
| dB + 0 | Db + 0 | 2000 Hz | Db + 0 | Db + 0 | |
| dB + 0 | Db + 0 | 4000 Hz | Db + 0 | Db + 0 | |
| OG | OG | Stimulation | OD | OG | |
| OD | OD | Reflexe | OG | OD | |

TYMPANOMETRIE

OG

