

## 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

- 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

M22- 0035220

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8841 Société : 137836  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELANOUAR HALIMA  
 Date de naissance : 06/07/65  
 Adresse : 3, Rue Racine Res SARA apt 2 Val fleur Casablanca  
 Tél. : 06-07-775917 Total des frais engagés : 1373,4 DH Dhs  
 06-07-435917

### 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

- |                                                                                                             |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien                                                        | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre                                                     | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute          |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin                                                     | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin                                                    | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade                                                | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z = Electro - Radiologie                                          |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie                                              | B = Analyses                                                        |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes                                                                   |                                                                     |

## 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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |                                                  |                                   |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## 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 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

772497

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : .....  
Matricule : ..... Fonction : ..... Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Anouar Halim Age                    
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : Dysfonction ORL  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A    le 31 / 12 / 22 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

*Docteur Mohamed CHRAÏBI*  
O.R.L. - M. Youssef  
Tél. 05 22 20 45 / 05 22 20 71 67  
- Casablanca -

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

772497

Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....



MUPRAS



## 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
31/10/24	C1		300,	
	C10		250	
	C25		500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/24	323,40

## 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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			<b>MONTANT DES SOINS</b>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b>																						
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدركتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

N°: 10 DMP/21/NCN  
LOT: 22072 PER: 05/2025  
PPV: 23,50 DH

HUMEX RHUME

COMPRIMÉS et GÉLULES



6 118000 280057

CASABLANCA Le 31/10/2022,

Madame EL ANOUAR Halima

1) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS

2) HUMEX RHUME CP

1 comprimé matin midi et la gélule le soir

3) AVAMYS

2 pulvérisation(s) dans chaque narine le matin 1 MOIS

4) VASCOR 35 MG

1 comprimé matin et soir 1 MOIS

5) DERMOVAL POMMADE

2 applications par jour 7 JRS

6) POLYDEXA gouttes auricul

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour 7 JRS

PHARMACIE AYMANE  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

MPV 58DH00

EXP 08/2023  
LOT 16045 1

PHARMACIE AYMANE  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

INPE: 091042941 - ICE: 001638091000051  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Tel: 05 22 20 69 43 / Fax: 05 22 20 71 91 - Casablanca  
Spécialiste O.R.L.  
Docteur M'hamed CHRAÏBI

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH  
ID: 649672  
6 118000 161295

Résidence Roia : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

**France**  
**Laboratoire GlaxoSmithKline**

Médicament autorisé n°3400938322446

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

**GlaxoSmithKline Maroc**  
**Aïn El Aouda**  
**Région de Rabat**  
**PPV:115,00 DH**



**6 ID:649664**

**118001 142262**

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus  
Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire  
Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le 31.10.22

Le Docteur

Prie M EL ANOUAR Halim

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Audiogramme Impédancemétrie

et

S'élevant à la somme de

Cinq cent

Dhs

500, Dhs.

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.

17 - Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef  
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67  
- Casablanca -



الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 31.10.22

Le Docteur

Prie M EL ANOUOR HALING.

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Lavage l'oreille droite Bouchon  
de Cerumen K10

S'élevant à la somme de 250, Dhs.

Deux cent cinquanti 09

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

47, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef

Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67

Résidence Roïa: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

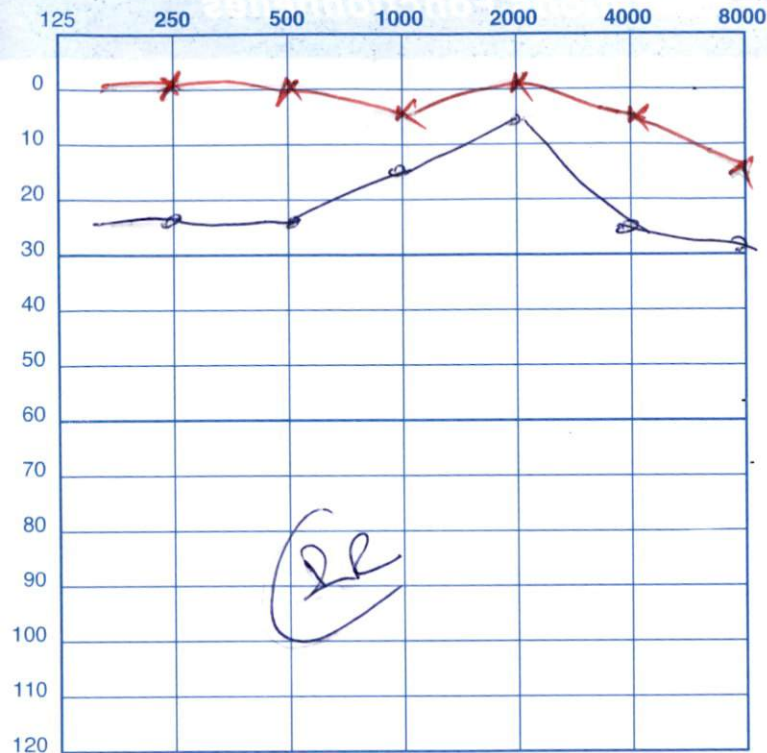
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

# AUDIOMETRIE TONALE

*bourdonnement*

OD

OG



## PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

## DEFICIT BINAURAL

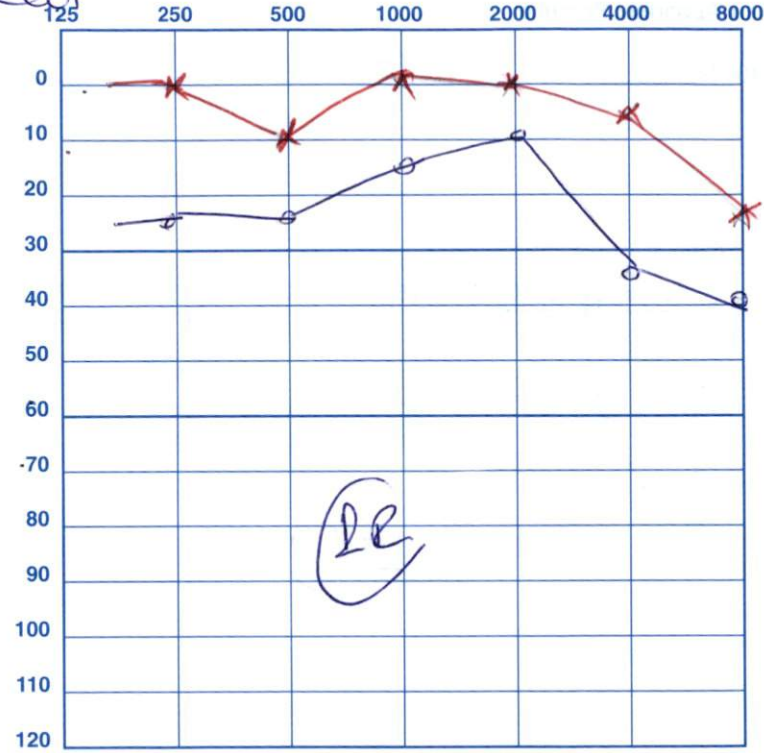
B.O. .... x 7 =

M.O. .... x 1 =

8

=

%



COA  
COR

+

+

=

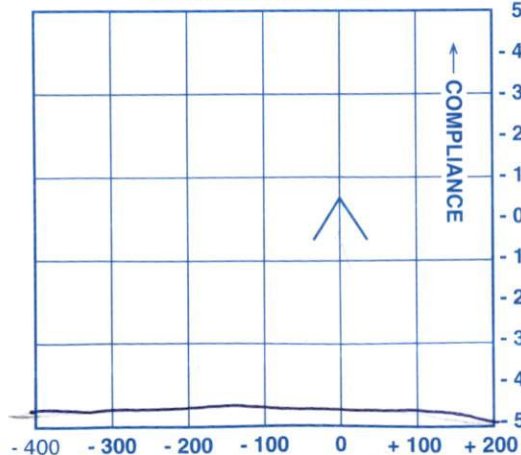
COA  
COR

+

+

=

## TYMPANOMETRIE OD



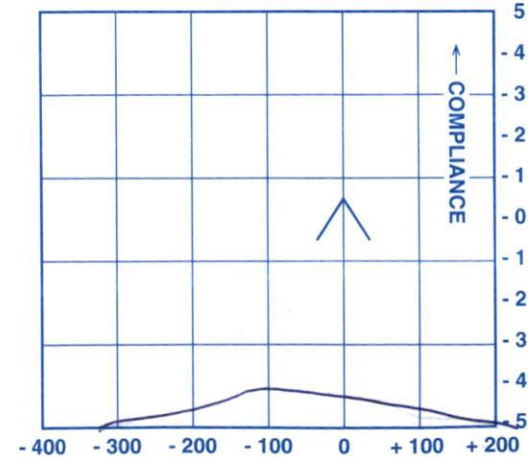
WEBER { Front  
Menton

250	500	1000	2000	4000	8000

## IMPEDANCEMETRIE

OD		Réflexe - Stapédien	OG	
Contro	Ipsi		Contro	Ipsi
dB + O	dB + O	500 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	1.000 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	2.000 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	4.000 Hz	dB + O	dB + O
OG	OD	Stimulation	OD	OG
OD	OD	Réflexe	OG	OG

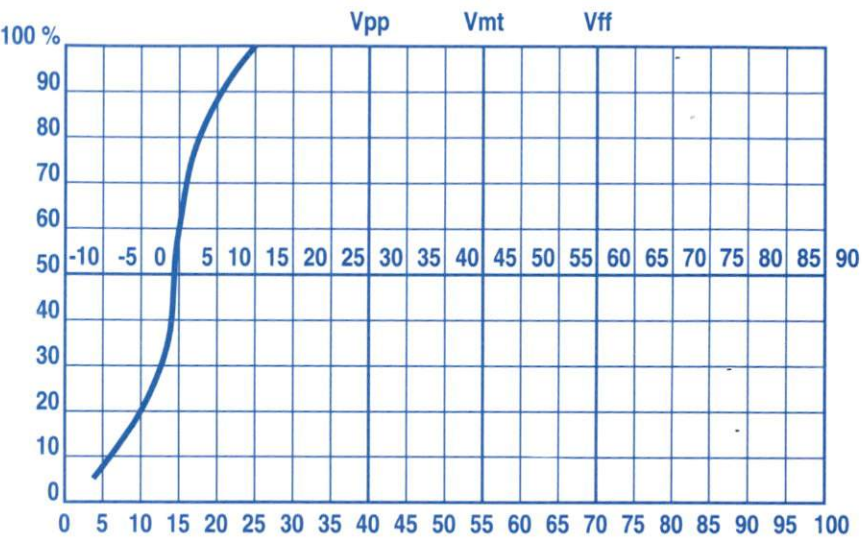
## TYMPANOMETRIE OG





- O.D. : Trait Rouge
- O.G. : Trait Bleu
- + Appareil : Pointillé

**EPREUVES VOCALES**



**Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI**  
Explorations Fonctionnelles

**AUDIOGRAMME**

Nom : EL ANOUAR Prénom : HAJIMA

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

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

Médecin traitant : 3A/10/22

Observations : \_\_\_\_\_

Dr. M'hamed CHRAÏBI  
 Spécialiste O.R.L.  
 47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef  
 Tél. 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67