

## 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, parodontologie 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° W19-457670

MUPRAS  
RECEPTION 9

139289

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15117 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GHAZI Mustapha

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 71 Bd Al Guds Hay My Abdellah

Tél. : 0668487747

Total des frais engagés : 1525 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhakim ROUABID  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico Faciale  
Tél : 05 22 32 64 60

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2022

Nom et prénom du malade : EL GHAZI Mustapha

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

Nature de la maladie : Arthropathie

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 : 21/11/2022

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



# 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
16.11.22	Audition Impédance		2500,00	INP : <b>DR. BOUABID Abdelhakim</b> Spécialiste en O.R.L et Chirurgie CERVICO-FACIALE Dr. Abdelhakim BOUABID Spécialiste O.R.L Spécialiste Cervico-Faciale Tél : 05 22 32 24 60
			500,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/22	895,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

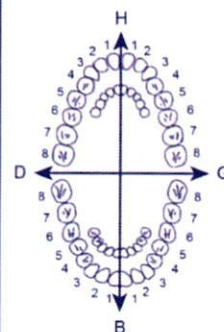
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

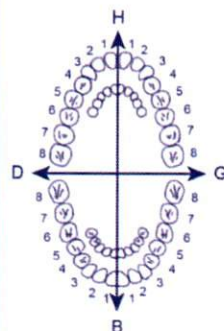
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

**Docteur**  
**BOUABID Abdelhakim**



**الدكتور**  
**بوعبيد عبد الحكيم**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie**  
**CERVICO - FACIALE**  
**Exploration Endoscopique**  
**Exploration Vertige et Surdité**

**اختصاصي في امراض و جراحة الالنف و الالذن**  
**و الحجرة و الوجه و العنق**  
**ااختبارات الدوخة و و وظائف السمع**  
**الفحص بالمظنار و المعجر**

**INPE : 061126140**

**Berrechid le :**

16/11/2022

134,80 x 3

Σρ Gluge Mastoplas



71,30 x 6

alostopy

14.3/5

2mm

Taskeu

14.3/5



63,20 x 12

14.3/5



Stesam

14.3/5

14.3/5

INPE: 062105036  
Tél: 05 22 03 59 59  
Lot 345 Lot Nasr Allah - Berrechid  
Site Pharmacie  
Dr. IMANE ZINEB  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
CERVICO - FACIALE

**Dr. BOUABID Abdelhakim**  
**Spécialiste en ORL et Chirurgie**  
**CERVICO - FACIALE**

89,56 x 40

Ph. le grand boulevard  
Date: 16/11/22  
No: 4522

  332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage  
Appt 2 - Berrechid   0522 32 64 60  
ICE: 001866801000095 - IF: 14445762

  332 تجزئة نصر الله إقامة محمد  
الطابق الاول رقم 2 - برشيد



LOT 220744  
EXP 03 2026  
PPV 134.80

LOT 220257  
EXP 02 2026  
PPV 134.80

LOT 220744  
EXP 03 2026  
PPV 134.80

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

Lot : 3619  
Mfg: 05 2022  
EXP.: 05 2025  
BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

**Docteur**  
**BOUABID Abdelhakim**



**الدكتور**  
**بوعبيد عبد الحكيم**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie**  
**CERVICO - FACIALE**  
**Exploration Endoscopique**  
**Exploration Vertige et Surdité**

**إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن**  
**و الحنجرة و الوجه و العنق**  
**إختبارات الدوخة و و ظائف السمع**  
**الفحص بالمنظار و المجهر**

**INPE : 061126140**

**16/11/2022**

**Berrechid le :**

**Facture N  : 2649/2022**

**Nom et Prénom :**

**Monsieur EL GHAZI MUSTAPHA**

**Audiogramma+Impedancemetrie**

**500**

**\*\*total général**

**500**

**Arrêté la présente facture à : CINQ CENT DH.**

**  332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage**  
**Appt 2 - Berrechid   0522 32 64 60**  
**ICE: 001866801000095 - IF :14445762**

**Dr. BOUABID Abdelhakim**  
**Spécialiste en ORL et Chirurgie**  
**CERVICO - FACIALE**

**  332 تجزئة نصر الله إقامة محمد**  
**الطابق الأول رقم 2 - برشيد**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie  
CERVICO - FACIALE  
Exploration Endoscopique  
Exploration Vertige et Surdité**



**الدكتور  
بوعبيد عبد الحكيم**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن  
و الحنجرة و الوجه و العنق  
إختبارات الدوخة و و ظائف السمع  
الفحص بالمنظار و المجهر

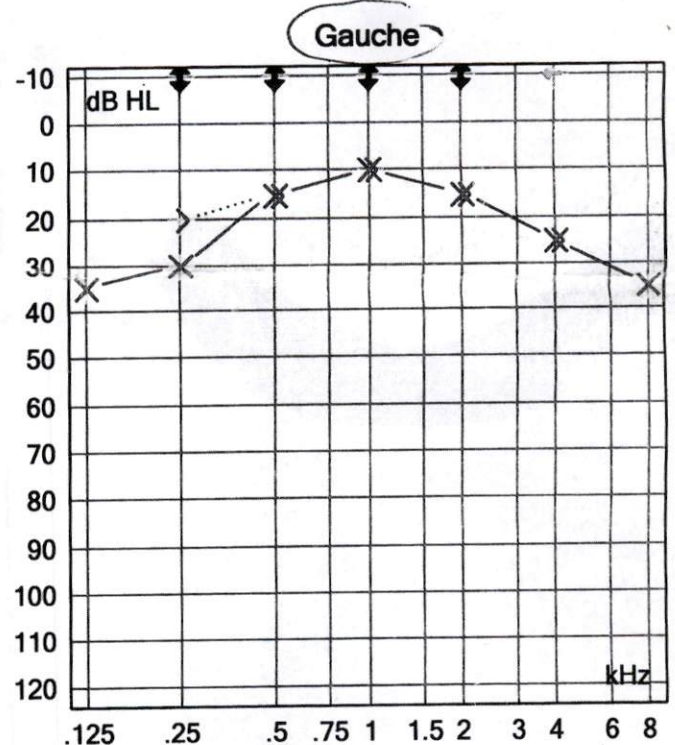
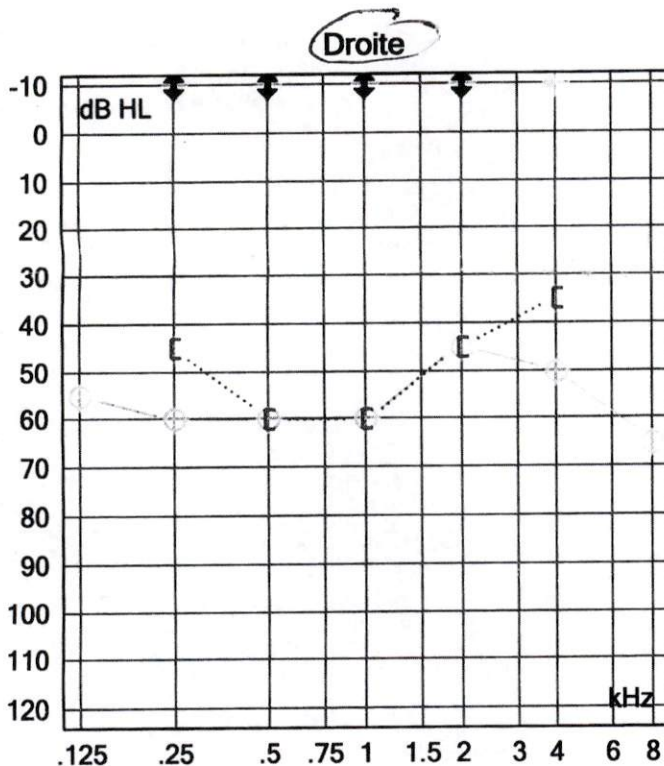
**Berrechid le : 16/11/2022**

**Prénom** MUSTAPHA

**Nom** EL GHAZI

**Date de naiss...** 01/01/1955

RC



AUD report - no data

scandite de perception  
Moyens - drache  
lignes - genche

9 Lot Nasr Allah Rés. Mohamoud 1er Etage  
 Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 54 60  
 ICE: 001866801000095 - iF : i4445762

332 تجزئة نصر الله إقامة محمد  
الطابق الأول رقم 2 - مرشد

AT235

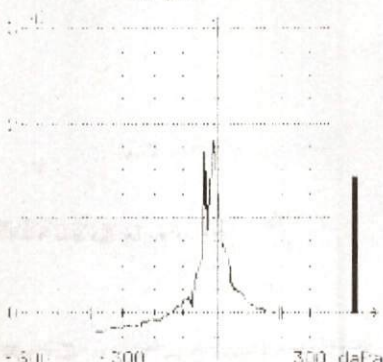
Selected Data Printout

Name: \_\_\_\_\_ Date: 16/11/2022  
 Sex: ♂ Age: 67ans  
 Name: EL Ghazi Mustapha  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Ref: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

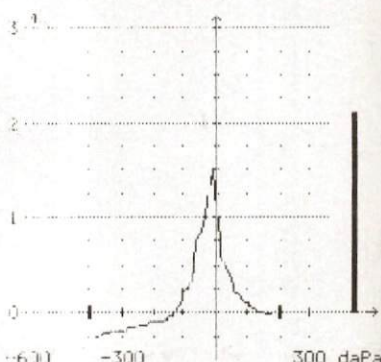


## Tympanogram

Right



Left



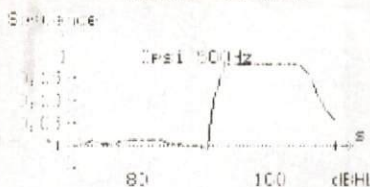
Ear Volume 1.43 ml  
 Compliance 1.80 ml  
 Pressure -10 daPa  
 Gradient 1.57 ml

Ear Volume 2.11 ml  
 Compliance 1.52 ml  
 Pressure -3 daPa  
 Gradient 0.94 ml

## Reflex

Right

Pressure -10 daPa



Left

Pressure -8 daPa

