

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6711

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABRAHIM ABDALLAH

Date de naissance : 13-08-59

Adresse :

Tél. : 0673381638 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 :

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) :



**Déclaration de Maladie**

M22- 0053259

140231

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  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
K = 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 remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
- PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnements  
- dans le 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 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

DATE DE DEPOT



# M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 704495

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ARAS ABDALLAH

Matricule : 6711 Fonction : Retraité Poste :

Adresse :

Tél. : 06 73 38 63 8 Signature Adhérent : B

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ARAS ABDALLAH Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 5/1/2002

Nature de la maladie : AFF ORL

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A ..... le 05/12/2002 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Unilink SL 1000  
136, Impasse Alphonse Karr  
1000 Casablanca  
Tunisie  
02 27 72 20 05  
www.unilink.tn

## **RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/12/2022      | Consultation      | 1                     | 350 Dhs                         | Dr. Khalid EL YACOUBI<br>Spécialiste O.R.L.<br>136, Im. Faraj App 7 Lot. Ltna<br>Sidi Maârouf - Casablanca<br>Tél. 05 22 97 28 21 |
| 08 DEC. 2022    | G                 | fracture              |                                 |   |

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture             |
|--|------------|-----------------------------------|
|  | 05/12/2021 | Mr. Maârouf 25,97<br>TTC : 496,90 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

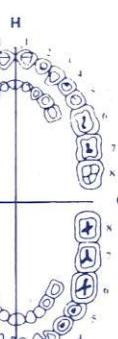
| Cachet et Signature<br>du praticien | Dates des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                    | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....              |        |     |     |     | .....                              |

## **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 canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                        |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
|                 |                |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANT DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION      |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION        |

|  |  |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|--|--|---|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br><br> | <p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | D | H | G | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | <p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>MONTANT DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> |
| D  | H  | G |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 25533412   | 21433552   |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 00000000   | 00000000   |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 00000000   | 00000000   |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| 35533411   | 11433553   |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
| B  |  |   |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |

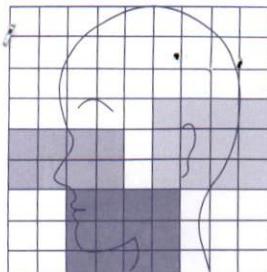
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET ORL

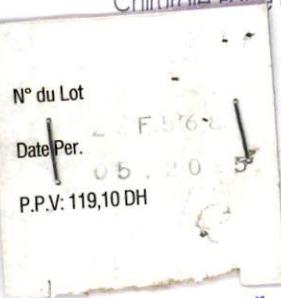
Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé  
Faculté de Médecine de Montpellier  
Nez • Gorge • Oreilles  
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمبنولي  
اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق  
الأذن - جراحة الوجه و العنق



05 DEC. 2015

Casablanca, le

PPV: 92,40 DH



PPV: 92,40 DH.



92 Maj Abdellah

1 92.40 x 2 ① Difrax 30 : 2 ml/j 8 mah . 6j

87.80 ② Tongzilin 500 mg/j 5j (boîte de 50)

85.70 ③ Otoran nnn. 2 ml/j 8 راح

20.00 ④ Rhinomex 8ml sans sucre

1 sachet ٦٤/٨٤ صيدلية ابن سينا

PHARMACIE IBN TAIMIA  
FOUASSIER Sidi Maârouf  
Docteur en pharmacie  
N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf  
0522 33 67 19 Casablanca

Dr Khalid EL YACOUBI  
Spécialiste O.R.L.  
135, Imm. Faraj lot. Lina  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 091260700

496.90 = 404.50 + 92.40

إقامة فرج، الشقة 7، سيدى معروف، الرقم 136 – الهاتف: 0665 33 67 19 – 0522 97 25 26 – الدار البيضاء  
Imm. Faraj (prés Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA  
Email : elyacoubi.kh@gmail.com

PHARMA5 LOT : 7706  
UT.AV : 03-25  
PPV : 20DH00

imprime(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.  
Traitement débuté le.....

Traitemen<sup>t</sup> débuté le.....

..... فرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال

..... بدا العلاج بتاريخ .....

**MONOZECLAR® 500mg  
Ratiopharm**

Boîte de 5 COM PEL  
P.P.V : 87.30 DH

F.F.V. 87,50 DM

Digitized by srujanika@gmail.com



6 118001 183821

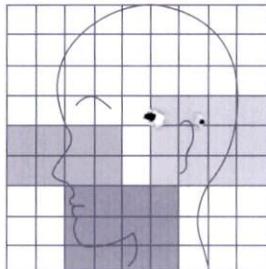
Maphar  
Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca  
Maroc

# CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé  
Faculté de Médecine de Montpellier  
Nez • Gorge • Oreilles  
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 05 DEC. 2017

## NOTE d'HONORAIRES :

Je prie Mr, Mme : J<sup>e</sup> Maj Abd. Bel

de croire à mes meilleures salutations et lui présente selon l'usage ma note d'honoraires : C + Kir importance

35

*Dr Khalid EL YACOUBI  
Spécialiste O.R.L  
135, Imm. Faraj Lot Lina  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tel.: 0522 97 25 26 - INPE - 091 760 700*

## Subject Data Printout

Date: 05 DEC. 2022

Id No.:

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

Name: 7<sup>2</sup> Faraj Abd. Pch

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Country: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

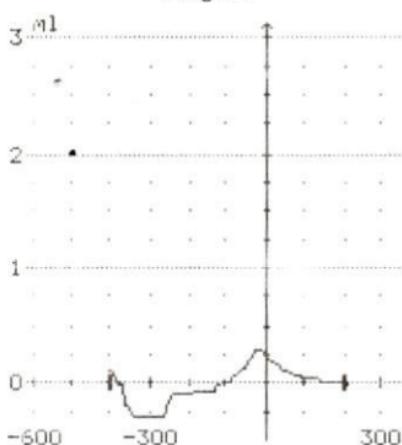
E-mail: \_\_\_\_\_

Examiner: \_\_\_\_\_

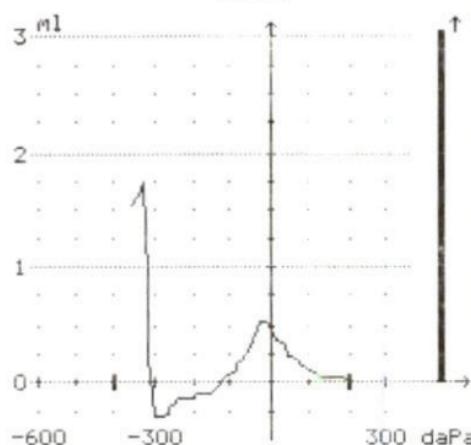
Remarks: \_\_\_\_\_

## Tympanogram

Right



Left



Ear Volume 1.69 ml

Compliance 0.28 ml

Pressure -14 daPa

Gradient 81 daPa

Ear Volume 3.40 ml

Compliance

Pressure

Gradient

**Dr Khalid EL YACOUBI**  
**Spécialiste O.R.L**  
 t 135, Imm. Faraj Lot. Lina  
 Sidi Maârouf - Casablanca  
 Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 091060500