

# 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.

## 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'H  
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- 0022932

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18-08-1971

Adresse : 4, RUE TERTIAIRE ANGLE ABOU TAOUR

NAAGIF

Tél. : 0664 71 5445 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : KHLAFA ADAM Age: .....

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 06 / 02 / 2023

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
06/12/23	9	1	300,00	<p><b>Dr. Khalid YOUSSEF</b>  <b>Spécialiste en O.R.L.</b>  <b>Clinique O.R.L. et Maxillo-Facial</b>  100 Bd. Général - Casablanca  Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40</p>
06/12/23	145	1	200,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE LA BRISE</b>  <b>Dr. ELASSI Nadjib</b>  18, Rue Abou Khaled El Azzi Maat  Tél: 0522 99 07 10 Gsm: 0622 92 10 70  ICE: 001688166000017</p>	06-02-23	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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مصحة بوسجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR  
O.R.L.

Dr B. MOKRIM  
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI  
O.R.L.  
Immuno-allergologie

le 06/02/23

156,30

Eph KIALFA Adam.

93,40

① Ofiken Sinap (Noom)

7ms par jour (16 kg) x 2p / 8 jours

30,30

② Betastine forte

160 gms à son 2e en ml  
de n'importe quel / 5 jours

32,60

③ Mucol Sinap

1 ml x 3 / j

PHARMACIE LA BRISE  
Dr. SEI ASSI Narjiss  
38, Rue Abou Abbas El Azfi Maarif Casablanca  
Tél: 0522 99 07 10 - Gsm: 0622 92 10 70  
ICE: 001688166000012

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL Beausejour  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

# OFIKEN®

Céfixime

## Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

## DENOMINATION :

OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés.

OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension buv

## COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

### OFIKEN® 200 mg, comprimés pelliculés

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixim  
Excipients.....

### OFIKEN® 100 mg/5 ml, poudre pour suspension

Céfixime trihydraté, quantité correspondant à céfixim  
Excipients.....

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

OFIKEN® 200 mg, comprimé pelliculé, boîtes de 8 e

OFIKEN® 100 mg/5 ml :

Poudre pour suspension buvable en flacon de 30 ml

Poudre pour suspension buvable en flacon de 60 ml

Poudre pour suspension buvable en flacon de 100 ml

Toutes les présentations peuvent ne pas être comm

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :

Antibiotiques de la famille des bêta-lactamines du gr

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

### Comprimé pelliculé :

Ce médicament est indiqué dans le traitement des :

- Otites et sinusites aiguës,
- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Certaines infections urogénitales.

### Poudre pour suspension buvable :

Ce médicament est indiqué chez l'enfant de plus de 6

- Infections bronchiques et pulmonaires,
- Otites moyennes aiguës,
- Certaines infections urinaires.

## ATTENTION !

### a) Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament ?

#### Poudre pour suspension buvable et comprimé pelliculé :

• Allergie connue aux antibiotiques du groupe des céphalosporines, ou à l'un ds excipients de ces médicaments.

#### Comprimé pelliculé :

93,40





**Solution Buvable en flacon de 125 ml et 250 ml**  
**Chlorhydrate d'ambroxol**

- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 8 à 10 jours.

6. Informations supplémentaires.

Ce médicament est un expectorant. Il facilite

326

UT. AV.:

### Mode d'administration

# مصحة بوسيجور

## CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSEJOUR

198, Bd. Ghandi - Casablanca - Maroc Tél. : 05 22 99 42 41 - Fax : 05 22 99 42 40

Patente : 34750161 - C.N.S.S. : 2599845 - I.F. : 1084499 - R.C. : 79441 - I.C.E. : 001540516000056

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

N°0000220

Le:

Mr, Melle, Mme, Enft :

ICAALFA

ADAM

Renseignements Clinique :

Pour

☒  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

☒  $\pi$  IMPEDANCEMETRIE

☐  $\pi$  PEA

☐  $\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐  $\pi$  MANOEUVRES POSITIONNELLES

☐  $\pi$  FIBROSCOPIE NASALE

☐  $\pi$  FIBROSCOPIE LARYNGÉE

☐  $\pi$  A M S A

Montant :

deux cent vingt deux mille sept cent cinquante

Clinique O.R.L. Beausejour  
198 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 99 42 41 Fax: 0522 99 42 40  
INPE: 9003666

N Dossier:

Nom de famille:

Prénom:

IA LAF A  
AGAN

Interacoustics A/S  
Drejervænget 8  
5610 Assens



Interacoustics

06/02/2023 16:57:33

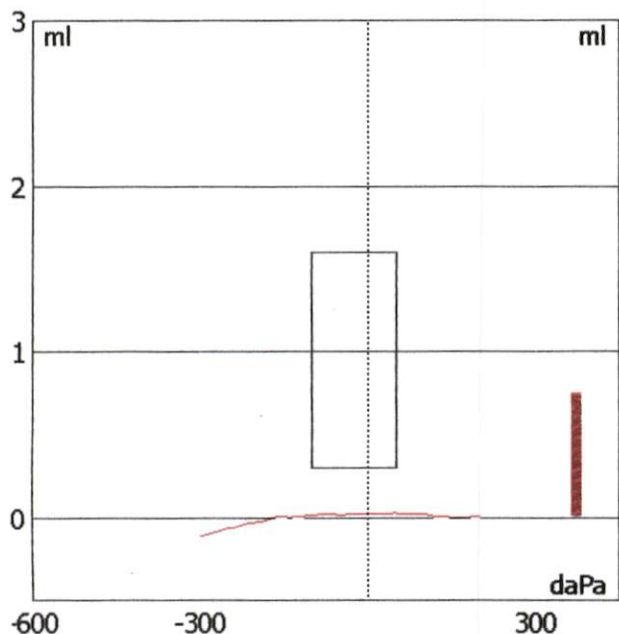
Droite

226 Hz

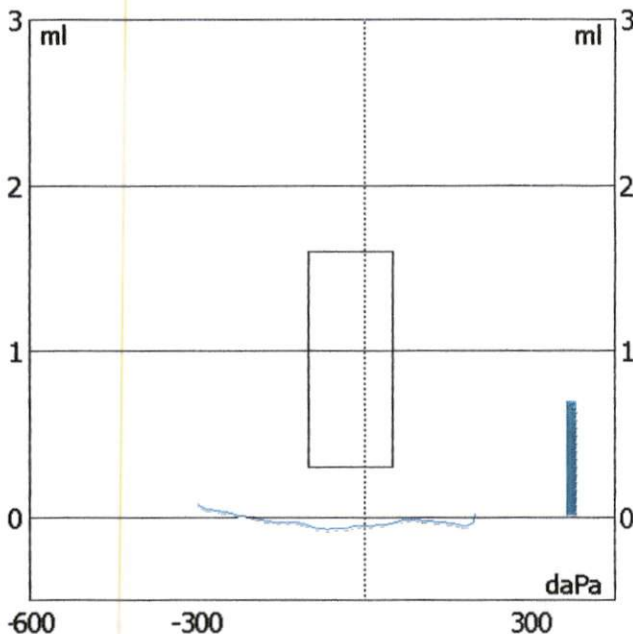
Tymp 226 Hz

Gauche

226 Hz



Volume (ml) 0,74 Pression (daPa) -  
Compliance (ml) - Gradient (daPa) -



Volume (ml) 0,69 Pression (daPa) -  
Compliance (ml) - Gradient (daPa) -

Conclusion : otite seromucineuse bilatérale

Clinique ORL & Maxillo - Facial  
Beauséjour  
199 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél.: 022.99.42.44 Fax: 022.99.42.49