

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0014875**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule :

13/194

Société :

177028

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom :

HABBAF Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

500,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
27, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef  
Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67  
- Casablanca -

Date de consultation :

25/09/2023

Nom et prénom du malade :

HABBAF Youssef

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
25/09/23	K 25		500,00	092069911
				Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste C.R.L. 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67 - Casablanca -

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

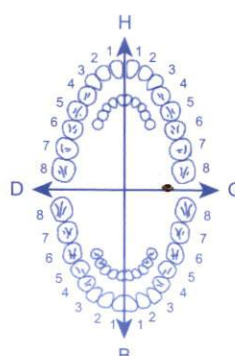
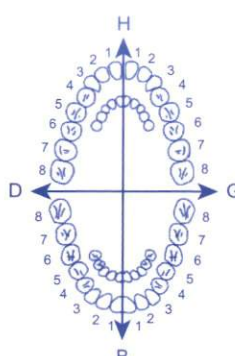
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			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

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 ou troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 25/09/2023

Le Docteur.....

Prie M. HABBAZ YouNES

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

Audiogramme p impédancemétrie

K25  
S'élevant à la somme de 500 Dhs.

Cip Cent Dehors

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

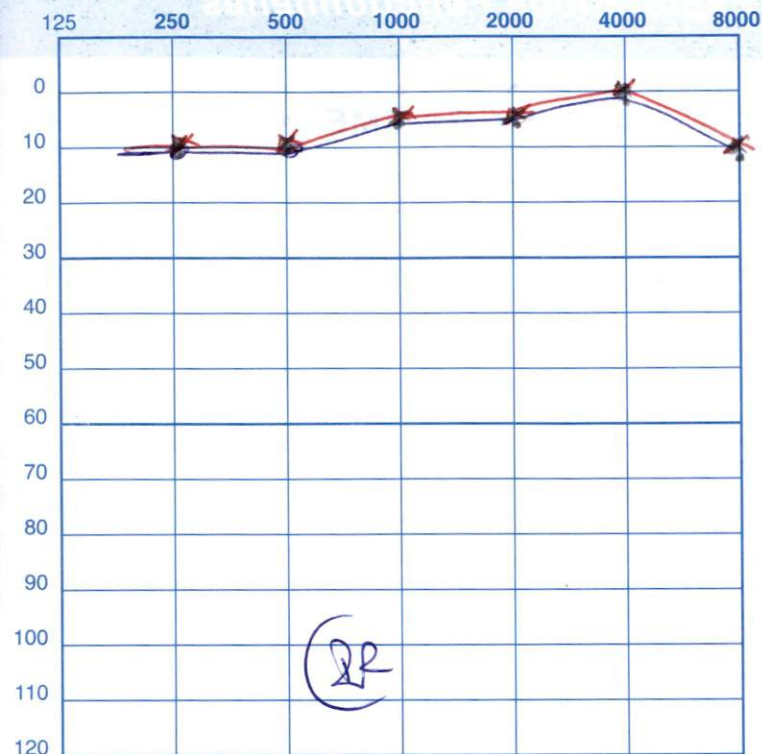
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly. Youssef  
Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67  
- Casablanca -



# AUDIOMETRIE TONALE

OD

OG

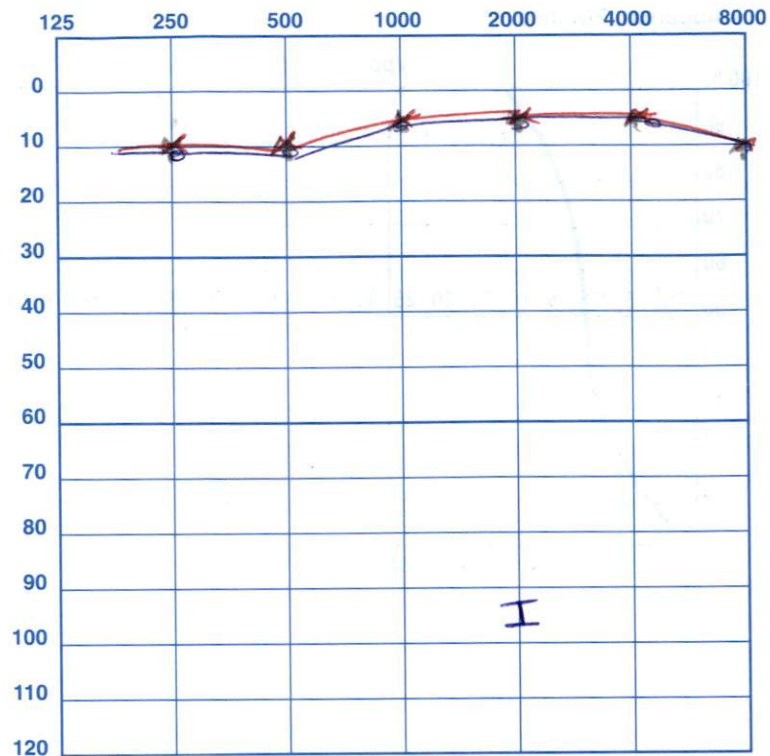


**PERTE AUDITIVE**

	OD	OG
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

**DEFICIT BINAURAL**

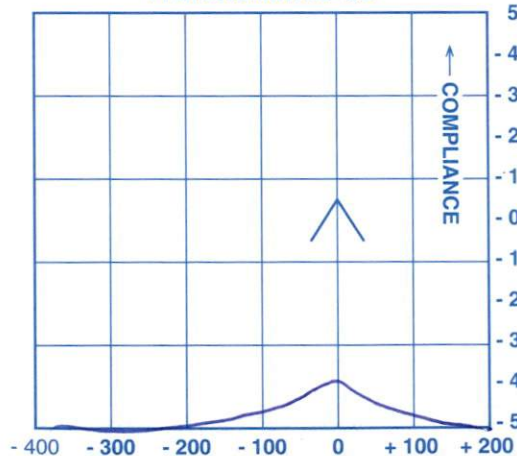
B.O. ....	x 7 =
M.O. ....	x 1 =
	8
=	%



COA / COR + + =

COA / COR + + =

## TYMPANOMETRIE OD



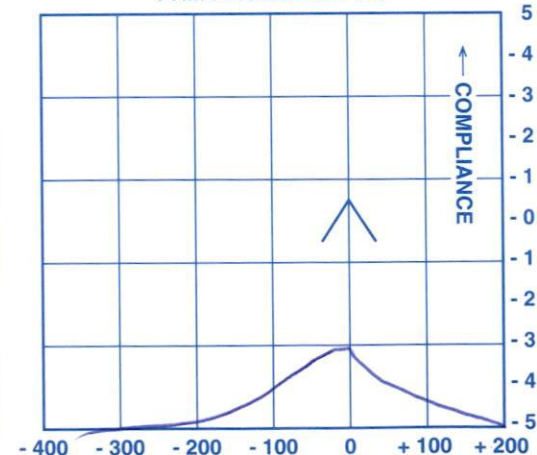
WEBER { Front  
Menton

	250	500	1000	2000	4000	8000
Front						
Menton						

## IMPEDANCEMETRIE

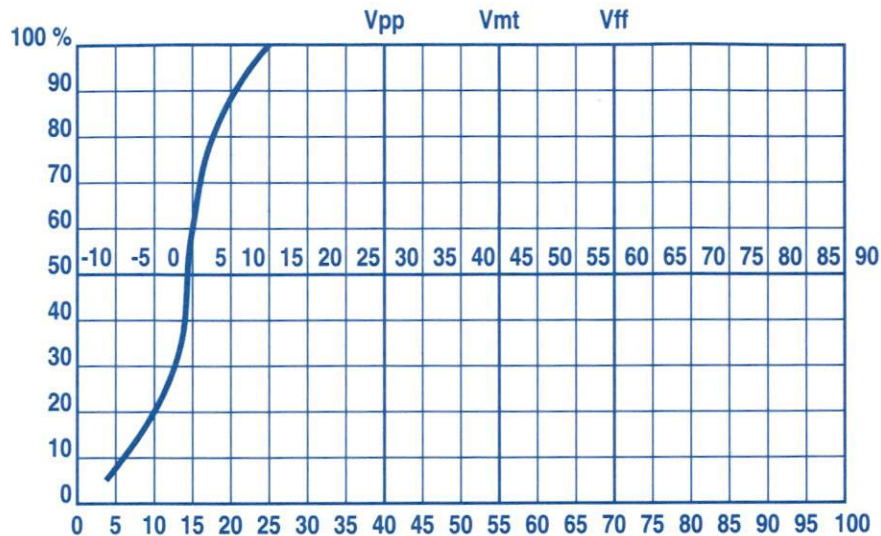
OD			OG		
Réflexe - Stapédien			Réflexe - Stapédien		
Contro	Ipsi		Contro	Ipsi	
dB + O	dB + O	500 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	1.000 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	2.000 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	4.000 Hz	dB + O	dB + O	
OG	OD	Stimulation	OD	OG	
OD	OD	Réflexe	OG	OG	

## TYMPANOMETRIE OG



## EPREUVES VOCALES

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



## AUDIOGRAMME

Nom : HABBAZ Prénom : YOUNES

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

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

Médecin traitant : 25/09/2023

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