

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- 0036824

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HICHAM LATIFA
 Date de naissance : 15/03/56
 Adresse : Habituelle
 Tél : 0624606038 Total des frais engagés 3000H + 1600 + 93,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur K. SNOUSSI
O.T.H.-R.H.I.N.O.-L.A.R.Y.N.G.O.L.O.G.I.S.T.E
Chirurgie de l'Oreille
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 27 86 78 / 05 22 26 94 67
INPE : 001130633

Date de consultation : 08/11/2023
 Nom et prénom du malade : HICHAM LATIFA Age : 67 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : CASA Le : 20/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-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 Angl : 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/11/23 | | | 300 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE MZOURA Dr MEHDI BENMAKHLOUT Tél: 06 61 06 92 32 | 8/11/23 | 93,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
| RADIOLOGIE Dentaire & Maxillo-faciale ICE: 00161491600000 111, Bd A. Fournier 05 22 86 09 99 - Gsm: 05 53 57 42 61 | 9/11/23 | 1000 1000 1000 | 1600 DM |

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 :

Veillez 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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



08/11/2023

الدكتور خالد مخازي سنوسي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف والحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

مدير مركز السمع بمستشفى الشيخ خليفة

أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

Madame HICHAM Latifa

1) OTOSAN Spray nasal

2 pulvérisations 2 x / j 6+ jours

PHARMACE MYOUR
Dr. MYOUR
Tél : 05 22 26 94 67

Dr. K. SNOUSSI
Otitolaryngologiste
47 Avenue Hassan II - 20130 Casablanca
Tél : 05 22 26 94 67
Fax : 05 22 26 94 67

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - محج الحسن الثاني الدار البيضاء -

Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67

الهاتف : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67
E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence : 06 53 59 03 10

F A C T U R E

N° de l'admission : 23009608 N° Facture : 23009377 Date facturation : 09/11/2023
Nom et prénom du patient : **LATIFA HICHAM**
Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 09/11/2023 Sortie: 09/11/2023

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|---------------------|--------|---------------|-----------------|
| TDM OREILLE MOYENNE | | | 1 280.00 |
| | | Sous-Total | 1 280.00 |

| PRESTATIONS EXTERNES | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|------------------------|--------|---------------|---------------|
| DR LAMIAE EL OUARDIGHI | | | 320.00 |
| | | Sous-Total | 320.00 |

RETENU HONORAIRE :

| MÉDECIN | Taux (%) | Montant | Montant de retenu |
|------------------------|----------|------------|-------------------|
| DR LAMIAE EL OUARDIGHI | 10 | 320.00 | 32.00 |
| | | Sous-Total | 32.00 |

arrêtée la présente facture à la somme de :
Mille six cents dirhams

Total : 1 600.00

Part patient 1600.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME HICHAM LATIFA
Mle : 0002731
PC N° :



Docteur K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologiste

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Professeur associé à UM6SS

Directeur du Casablanca audition center

Hôpital cheikh khalifa



08/11/2023

الدكتور خالد غزوي سنوسي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف والحلق

جراحة الصمم

زراعة قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (بفرنسا)

مدير مركز السمع بمستشفى الشيخ خليفة

أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

Madame HICHAM Latifa

TDM DES ROCHER

Poche de R étraction DROITE +++

Docteur K. SNOUSSI
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
Chirurgie de l'Oreille
47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca
Tél.: 05 22 27 80 78 / 05 22 26 94 67
NPE : 091130638

RADIOLOGIE ANOVAL III
Omnipraticien & Diagnosticien du Hôpital
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual
20130 Casablanca
Tél: 05 22 26 94 67

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - محج الحسن الثاني الدار البيضاء

Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67 :الهاتف

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence : 06 53 59 03 10

Casablanca, le 09 Novembre 2023

DR. K. SNOUSSI

MME. HICHAM LATIFA

COMPTE RENDU

TDM DES ROCHERS

Indication :

Poche de rétraction à droite.

Technique :

Acquisition hélicoïdale sans injection produit de contraste iodé.

Résultat :

A droite comme à gauche :

- Absence d'anomalie tomодensitométrique des conduits auditifs externes.
- Membrane tympanique fine des deux cotés.
- Respect des chaînes ossiculaires.
- Aspect libre et bien pneumatisé de la caisse du tympan à droite comme à gauche.
- Respect des tegmen antré et tegmen tympani.
- Respect de la fenêtré ovale, du mur de la logette et de l'attique des deux cotés.
- Absence d'anomalie TDM cochléo-vestibulaire.
- Absence d'anomalie notable des conduits auditifs internes.
- L'antré et les cellules mastoïdiennes sont libres et bien aérées des deux cotés.
- A noter un épaississement avec rétraction de la membrane tympanique à droite.

Conclusion :

- Aspect scannographique d'un épaississement avec rétraction de la membrane tympanique à droite.
- Absence d'anomalie TDM significative au niveau des rochers, par ailleurs.

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Lamia EL GUARDIGHI
Médecin Radiologue

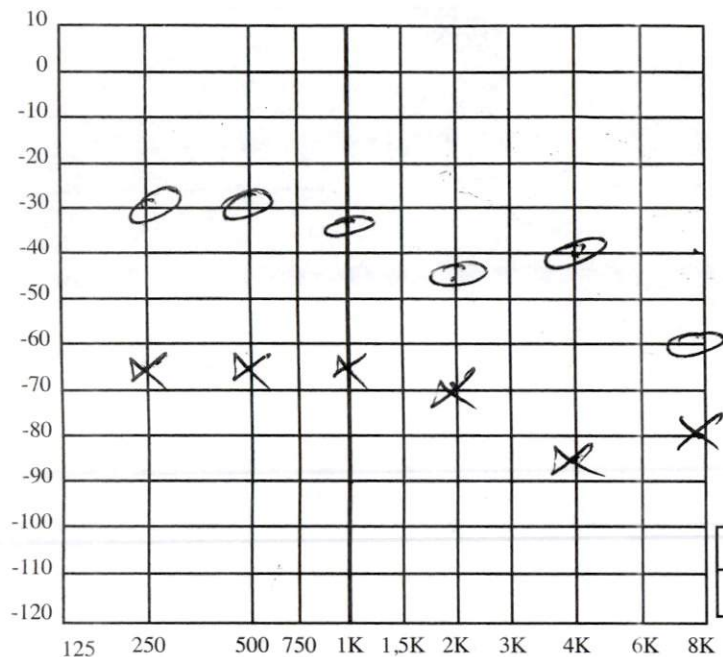
www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

AUDIOMETRIE TONALE

OREILLE DROITE



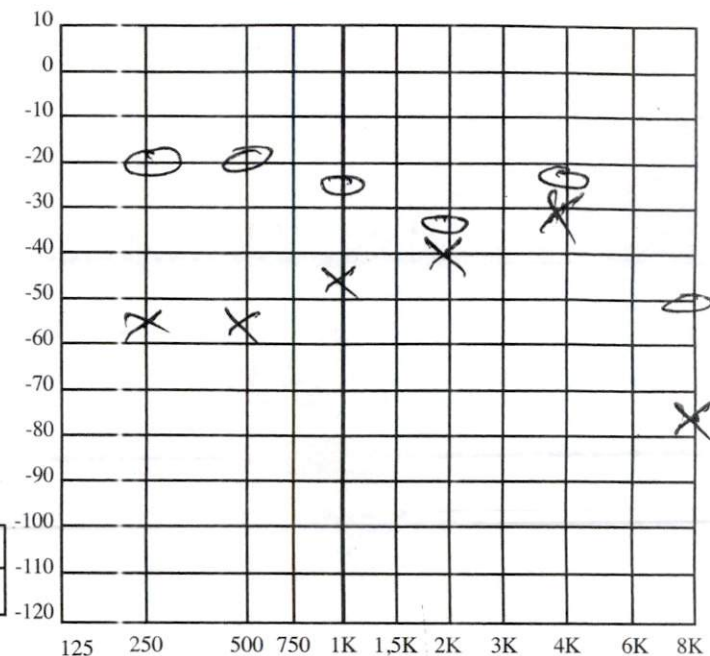
PERTE AUDITIVE

| | O.D. | O.G. |
|--------|------|------|
| 500 | | |
| 1000 | | |
| 2000 | | |
| 4000 | | |
| Totaux | | |

WEBER

| 250Hz | 500Hz | 1000Hz | 2000Hz | 4000Hz | 6000Hz |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | |

OREILLE GAUCHE

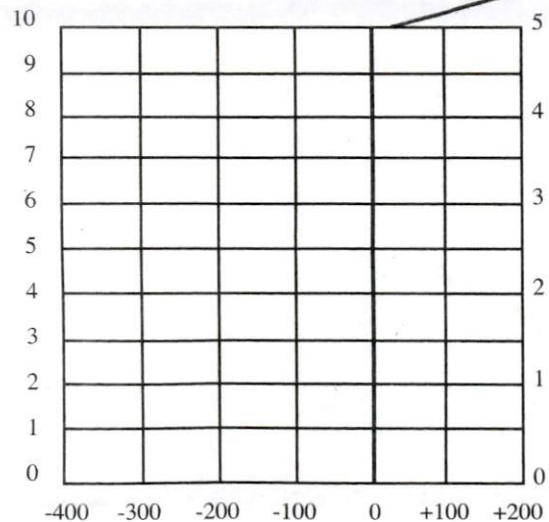


C. A.:

C. O. R.:

IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE O. D.



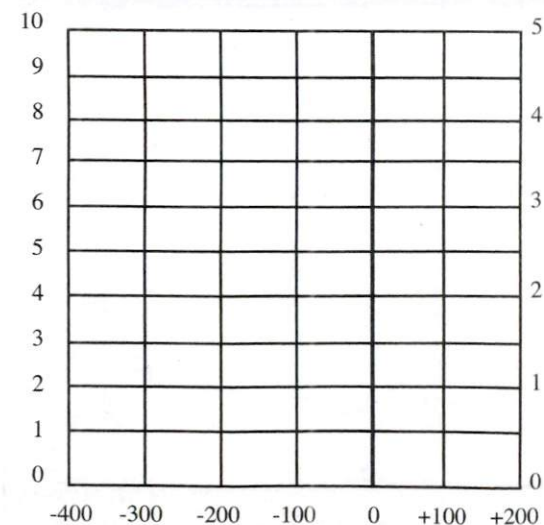
REFLEXE STAPEDIEN

| REFLEXE STAPEDIEN | | | |
|-------------------|------|--------|------|
| O. D. | | O. G. | |
| Contro | Ipsi | Contro | Ipsi |
| | | | |

OBSERVATIONS :

Handwritten notes and signatures:
 12mm x 2
 [Signature]
 [Signature]

TYMPANOMETRIE O. G.



Docteur K. SNOUSI
 OTH-RJ M.O. - LA RYNOLOGISTE
 47 Avenue Hassan II Casablanca
 Tél: 05 22 27 80 78 05 22 26 46 67
 MPE: 091 13005

Docteur K. G. SNOUSSI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

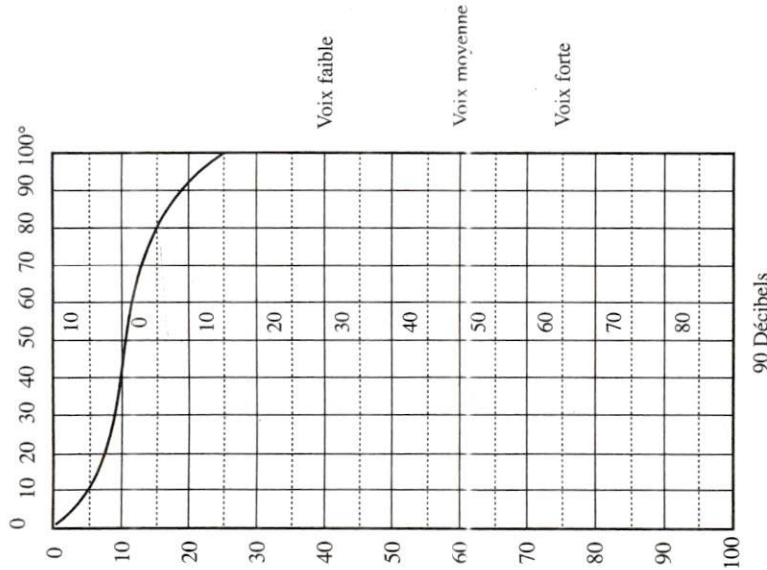
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Toulouse



الدكتور خالد غانزي سنوسي
إختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف و الحلق
جراحة الصمم
زراعة قوقعة الأذن
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
ملحق سابقا بمتشفيات تولوز

AUDIOMETRIE VOCALE



O. D. :

O. G. :

AUDIOMETRIE

NOM : WICKHAM

PRENOM : LATIFA

Docteur K. G. SNOUSSI
Oto-Rhino-Laryngologiste
Chirurgie de l'Oreille
47, Avenue Hassan II - Casablanca
Tél : 05 22 27 80 78 / 05 22 26 94 67
Fax : 05 22 27 80 78 / 05 22 26 94 67

DATE : 15-M-2023