

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-449744



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 12610

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENHAMMA Samy - Amine

Date de naissance :

26/03/86

Adresse :

Alt 3, Tmn 8, res Manique, Harcharca

Tél. : 0661750076

Total des frais engagés :

145700 Dhs

Pr. S. EL AYOUBI

O.R.L

Pr. à la Faculté de Rabat  
8, Av. My Slimane (Face Willaya)  
Tél: 05 37 73 21 05

02/08/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Rabat

Le : 18/10/2015

Signature de l'adhérent(e) :

101047918

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
02 OCT. 2019	07	300		PR. S. ELAYOUNI O.R.L Pr. à la Faculté de Rabat 8, Av. My Slimane (Face Willaya) TEL: 05 37 73 24 05 05 37 73 24 05

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR PHARMACIE D'EMERGENCE 14120 SALIES DU SOULE</i>	<i>21/10/13</i>	<i>557,00</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. S. EL A O.R.L	02 OCT. 2019	KUO	600
Pr. à la Faculté de Médecine 3, AV. MY. SARKISIAN Tél: 05 37 73 24 Fax: 05 37 73 24		Fibroscopie	<del>1000</del>

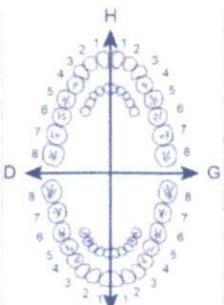
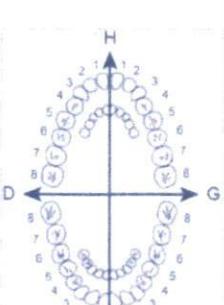
## AUXILIAIRES MÉDICAUX

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>D</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><b>G</b></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>		<b>B</b>	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<b>D</b>																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>G</b>																	
	<b>B</b>																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

**CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE**  
**CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**  
**CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS**  
**CHIRURGIE DE L'OREILLE**

104310/2

Importateur Exclusif  
 Biocodex Maroc  
 www.biocodex.ma  
 P.P.C. 90,90 DH

**STÉRIMAR**

الدكتور سعيد الأيوبي

جزاحة  
 الأذن - الأنف - الحنجرة  
 أستاذ مبرز بكلية الطب بالرباط  
 02 OCT. 2019

Docteur  
**Said El Ayoubi**

O.R.L Chirurgie cervico-faciale  
 Professeur agrégé à la faculté  
 de Médecine de Rabat

Rabat, le :

NOM PRENOM : BEN HAMZA SAMY AMINE

80,9

1° STERIMAR

LAVAGE DE NEZ 2FOIS PAR JOUR PENDANT 6 MOIS

2° BUDENA 2PUL Nasale MATIN ET SOIR

3° XYZALL 1CP/J/X 2 MOIS4

41,10 4° BRONCHOKOD SANS SUCRE 1 CC 3X/JX 8J

5° EFLOXIN 500 1CP / J X7J

95,-

557,0

إفلاكسان®

يفوفلاكساسين

اقراص ملمسة قابلة للكسر

7 x 0

LOT: 190815  
 PER: 04-2024  
 509,95,000DH

**COOPER**  
 PHARMA

T. S. EL AYOUBI  
 O.R.L  
 à la Faculté de Rabat  
 1. My Slimane (Face) W  
 Tél.: 05 37 73 24 05  
 INPE: 101047918

LOT 190478  
 EXP 02 2023  
 PPV 90 50

LOT 190478  
 EXP 02 2023  
 PPV 90 50

5 mg  
 Xyzall 5 mg  
 28 comprimés pelliculés  
 Non remboursable AMO  
 6 118000 021599

**bronchokod**

sans sucre

Adultes

LOT:1102  
 PER:02/21  
 PPV:41,10DH

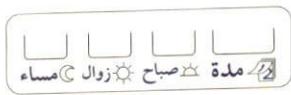
Suspension pour  
 pulvérisation nasale

100 mcg

**BUDENA**®  
 Budésonide

LOT: 0036M009 EXP: 06/20  
 PPV: 1490DH00

**EFLOXIN**®  
 Comprimés pelliculés sécables



ملكية (مقابل الولاية) الرباط  
 : 05 37 73 24 05 - 05 3  
 @gmail.com

# CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE

## CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU

## CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS

## CHIRURGIE DE L'OREILLE

الدكتور سعيد الياoubi

Docteur  
Said El Ayoubi

جراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة  
أستاذ مميز بكلية الطب بالرباط  
02 OCT. 2019

O.R.L. Chirurgie cervico-faciale  
Professeur agrégé à la faculté  
de Médecine de Rabat

Rabat, le :

### FIBROSCOPIE SINUSIENNE ET PHARYNGO-LARYNGEE

Nom - prénom : BEN HAMZA SAMY AMINE AGE.  
1986 Clinique MAUVAISE HALEINE GENE NASO PHARYNGEE  
OBSTRUCTION NASALE RHINORHEE POST SENSATION DE CORPS  
ETRANGER LARYNGE

- ADP ; 0
- TABAC : 0 RESULTATS

Fosses nasales : MUQUEUSE PALE / DEVIATION SEPTALE+++  
Méats sinusiens : SECRETIONS +++ / HYPERTRPHIE DES CORNETS INFÉRIEURS  
RHINITE ALLERGIQUE + PAN SINUSITE +

Cavum : VA++

Base de langue RAS - vallécule - épiglotte .RAS

Paroi pharyngée HYPOTONIE DU VOILE AMYGDALYTE CRYPTO CASEEUSE

Larynx : DYNAMIQUE :Nle : MORPHOLOGIE : RAS DEFILE CRICO-  
ARYTENOIDIEN RAS

Sinus pyriformes : LIBRES

CONCLUSION : RHINITE ALLERGIQUE + DEVIATION SEPTALE  
PAN SINUSITE +  
PARESTHESIES PHARYNGO LARYNGEES  
CAVUM : VA++ HYPOTONIE DU VOILE  
LARYNX :DYNAMIQUE Nle MORPHOLOGIE : RAS  
NB : RAS = rien à signaler

Pr. S. EL AYOUBI  
O.R.L.  
Pr. à la Faculté de Rabat  
8, Av. My Slimane (Face Wilaya)  
Tél.: 05 37 73 24 05  
INPE : 101047918

**CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE**  
**CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**  
**CHIRURGIE DU NEZ ET DES SINUS**  
**CHIRURGIE DE L'OREILLE**

ICE:  
001769903000057

Rabat, le, 02 OCT. 2019

**NOTE D'HONORAIRES**  
**Pr. S. EL AYOUBI**  
**O.R.L.**

Pr. à la Faculté de Rabat  
8, Av. My Slimane (Face Wilaya)  
Tél.: 05 37 73 24 05  
INPE : 101047918

Le Docteur :

Présente à M. Benkhamza Sammy Amine

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de 600DA

Pour l'acte : Fibroscopie

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

**Pr. S. EL AYOUBI**  
**O.R.L.**

Pr. à la Faculté de Rabat  
8, Av. My Slimane (Face Wilaya)  
Tél.: 05 37 73 24 05  
INPE : 101047918