

# 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

Wahid Bouzrachane

## Déclaration de Maladie

M22- 0032916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rechaîgé  
Nom & Prénom : OUBAËSA Doudou  
Date de naissance : 1.1.52 90634  
Adresse : Air Sebza  
Tél : 06.69.5810.11 Total des frais engagés : 2553,30 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 : 19/4/24

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 |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

| <b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>                  |             |                              |
|---------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
| <b>Cachet du Pharmacien<br/>ou du Fournisseur</b> | <b>Date</b> | <b>Montant de la Facture</b> |
|                                                   |             |                              |
|                                                   |             |                              |
|                                                   |             |                              |
|                                                   |             |                              |
|                                                   |             |                              |

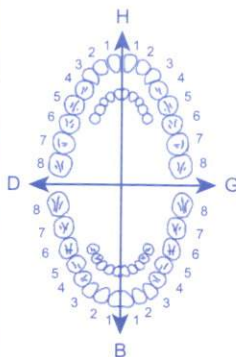
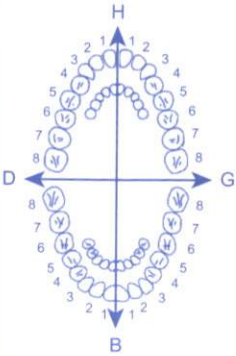
[illegible][illegible]

## 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.

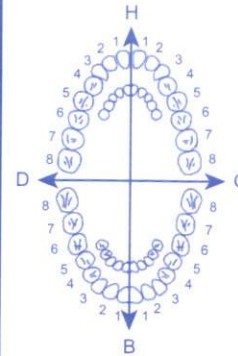
| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>                                            | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>D</b></td> <td style="text-align: left;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> </div> |                     |             |                            | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> | <b>G</b> | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 21433552            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 00000000            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | <b>D</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>G</b>            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 00000000            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 11433553            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>B</b>            |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

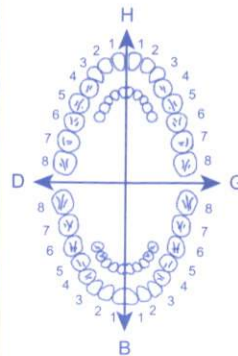
**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées | Nature des<br>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"/> |

[illegible]

|   |          |          |
|---|----------|----------|
|   | H        |          |
|   | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 Cochleaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 04/03/2024

Le Docteur.....

Prie M. CUHAFSA TAHRA

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

Audiogramme + impédancemétrie

S'élevant à la somme de 1425 So. Dhs.

Cep Cent D. sans

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

Résidence Roïa: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91  
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

الدكتور محمد (الشرايبي)

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplôme 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 et troubles de l'équilibre

4/3/24

OVHAFSA Taler

V 2 P B C 2 20

Neurove Diagnostique  
et le traitement

**CREFON MAROC**  
47, Résidence ROIA  
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef  
7ème Etage - Casablanca  
Tél: 0522 47 39 80 / 0522 47 41 37

**Docteur M'hamed CHRAÏBI**  
Spécialiste O.R.L.  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
47, Angle Bd. Anfa et Bd. My Youssef, 7ème Etage  
Tél: 05 22 20 55 43 / 05 22 20 77 67/68  
Fax: 05 22 20 71 91 - Casablanca  
N°PE: 091042941 - ICE: 001658951000051

Résidence Roia: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91  
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05





**AtlantaSanad**  
ASSURANCE

N° règlement : 2024054242

**DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE**

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAUT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Déclaré le : 26/03/2024

Soin du : 04/03/2024

Sinistre n° : 040.2024.00146428

Date décision : 28/03/2024

Reçu le : 22/03/2024

| Nature Prestation                   | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement    |                 |              |                     |
|-------------------------------------|---------------------|------------------|-----------------|--------------|---------------------|
|                                     |                     | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) / Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| Pharmacie                           | 753.30              | 0.00             | 753.30          | 80.00        | 602.64              |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE         | 300.00              | 0.00             | 300.00          | 80.00        | 240.00              |
| ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE | 500.00              | 0.00             | 500.00          | 80.00        | 400.00              |
| ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE | 1 000.00            | 0.00             | 1 000.00        | 80.00        | 800.00              |
| Totaux                              | 2 553.30            | 0.00             | 2 553.30        |              | 2 042.64            |
| Règlement compagnie (Dhs)           |                     |                  |                 |              | 2 042.64            |

Dossier n° :

Observation(s) :

**Signature Adhérent(e)**

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 et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 04/03/2024,

Madame OUHAFA Tahra

107,70 1) CACIT 1 G

1 comprimé par jour 1 MOIS

49,60 X 2 2) D-CURE FORT

1 ampoule tous les 15 jour PDT 3 MOIS

137,20 X 3 3) VASTAREL 35 mg 3 BTS

1 comprimé matin et soir 3 mois

46,80 X 2 4) TANGANIL 500 CP

2 comprimé 3 fois par jour 8 JRS

21,80 5) POLYDEXA gouttes auricul

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour 5 JRS

19,40 6) FRAKIDEX POMMADE OPHT.

2 applications par jour 5 JRS

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
17, Angle Bd d'Anfa et Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Tel: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 68 - Fax: 0522 20 71 91  
INPE: 091042941 - ICE: 001638091000051

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91  
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05



**Centre de Rééducation et d'exploration fonctionnelle  
otoneurologique (Vertiges et Troubles de l'équilibre)**

**CASABLANCA LE 04/03/2024**

**Facture N°114/2024**

**Madame OUHAFFSA EP EL KHAYAT TAHRA**

**Manœuvre libératoire**

**K30**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 1000.00 DHS**

**MILLE DIRHAMS.**

**CREFON MAROC**  
47, Résidence ROIA  
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef  
7ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 47 39 80 / 0522 47 41 31







## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- 2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 3 La déclaration maladie doit être entièrement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
  - l'ordonnance médicale,
  - les prospectus & vignettes ou PPV des médicaments,
  - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
  - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ... etc.
  - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
  - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
- 4 En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
- 5 Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ... etc.) et les soins en série (injections, reéducation ... etc.).
- 6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
- 7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- 8 Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.
- 9 Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ... etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
- 10 En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.
- 11 Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ... etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).
- 12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- 13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- 14 en cas d'accident, la présentation des causes et circonstances, date, heure, et lieu d'accident et transmettre éventuellement la copie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident de la voie publique.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



Atlantasanad  
ASSURANCE

AS0002768258/20

CONVENTION GROUPE

## DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

Atlantasanad

Date de

Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

N° CIN 3349234

Nom et prénom du malade ELKHAYAT TAHRA

Lien de parenté

le même

Date des soins 11/3/24

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 2553,30 DHS

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré ELKHAYAT

Matricule :

CIN: 3349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 2553,30 dh

Date de dépôt : 11/3/24

N° de sinistre :

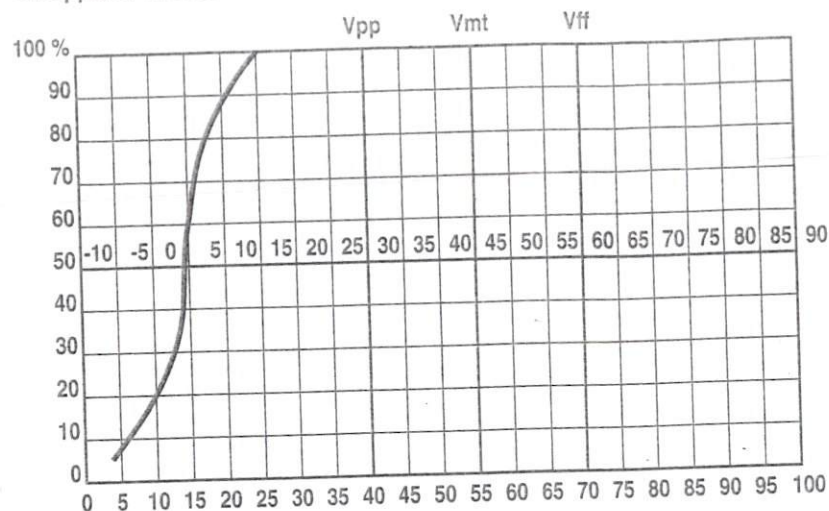
Numéro de bordereau :

Date des soins : 11/3/24

(si ouverture par système)



**EPREUVES VOCALES**



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

## AUDIOGRAMME

Nom : OUHARSA Prénom : TAHRA

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

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

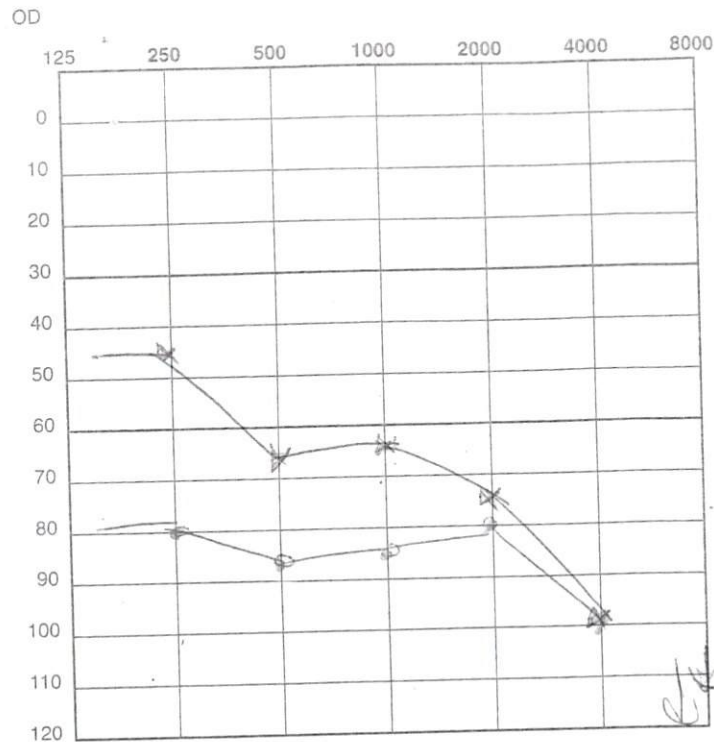
Médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

Docteur Mohamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
47, Angle ss. Anto & Rg. Mv. Youssef  
Tel: 0572 20 69 43/0572 20 77 57  
Cordoba -

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. Mly Youssef - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
Email : chraïbi.ori@gmail.com - Tél. Cabinet : 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67 - Fax : 05 22 20 71 91

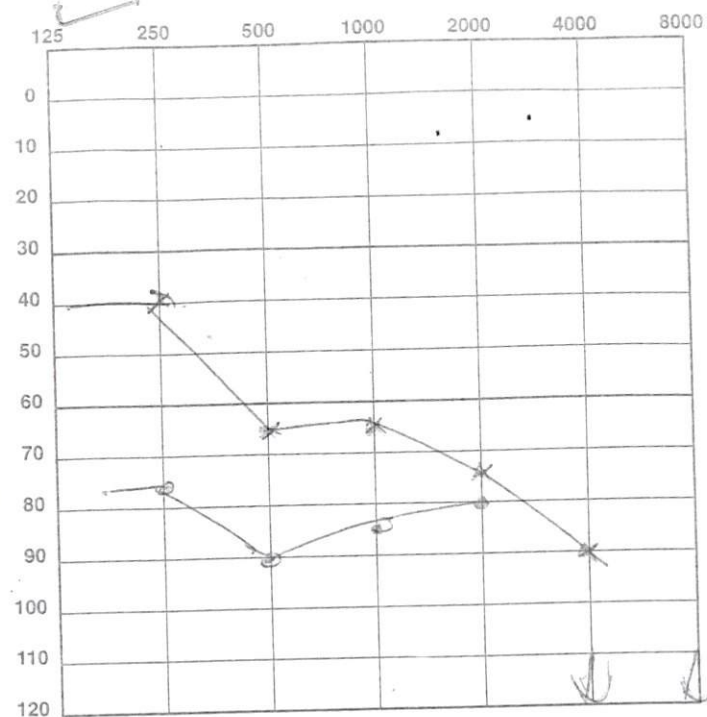
# AUDIOMETRIE TONALE



PERTE AUDITIVE

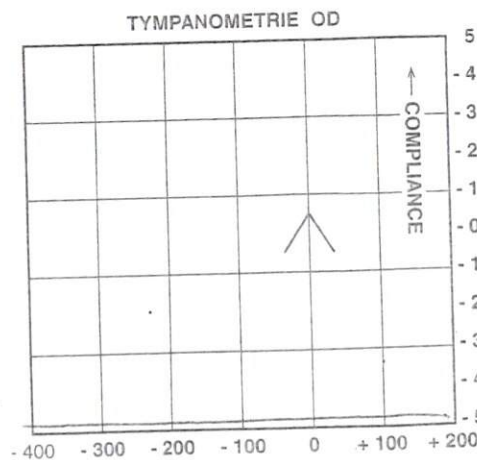
|        | OD | OG |
|--------|----|----|
| 500    |    |    |
| 1000   |    |    |
| 2000   |    |    |
| 4000   |    |    |
| Totaux |    |    |

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



COA + + =  
 COR

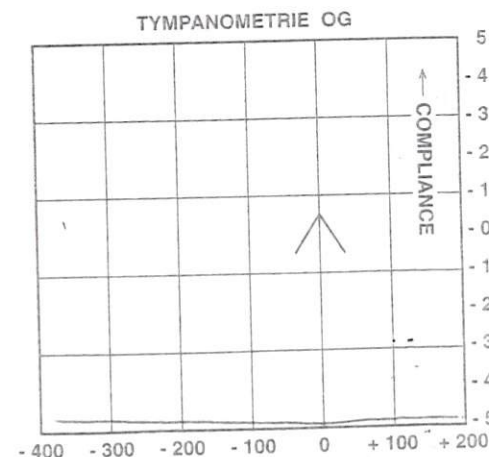
COA + + =  
 COR



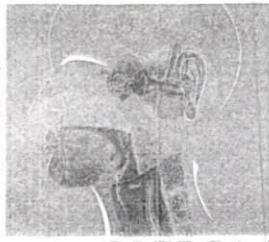
WEBER { Front  
 Menton

|  | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|--|-----|-----|------|------|------|------|
|  |     |     |      |      |      |      |

| OD     |        | Réflexe - Stapédien | OG     |        |
|--------|--------|---------------------|--------|--------|
| 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     |







CREFON  
MAROC

**Centre de Rééducation et d'exploration fonctionnelle  
otoneurologique (Vertiges et Troubles de l'équilibre)**

**CASABLANCA LE 04/03/2024**

**Facture N°114/2024**

**Madame OUHAFFA EP EL KHAYAT TAHRA**

**Manœuvre libératoire**

**K30**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 1000.00 DHS**

**MILLE DIRHAMS.**

**CREFON MAROC**  
47, Résidence ROIA  
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef  
7ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 47 39 80 / 0522 47 41 31



**Centre de Rééducation et d'exploration fonctionnelle  
otoneurologique (Vertiges et Troubles de l'équilibre)**

**Casablanca le 04/03/2024**

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| Nom & Prénom : | EL KHAYAT TAHRA EP OUHAFSA |
| Age :          | 73 ans.                    |
| Motif :        | VERTIGES.                  |
| Adressé par :  | DR CHRAIBI MHAMED          |
| Date :         | 04/03/2024                 |

*Manœuvre diagnostique : Vertige positionnel paroxystique bénin du canal semi-circulaire postérieur droit.*

*Manœuvre libératoire faite ce jour.*

**CREFON MAROC**  
47, Résidence ROIA  
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef  
7ème Etage - Casablanca  
Tél : 0522 47 39 80 / 0522 47 41 31



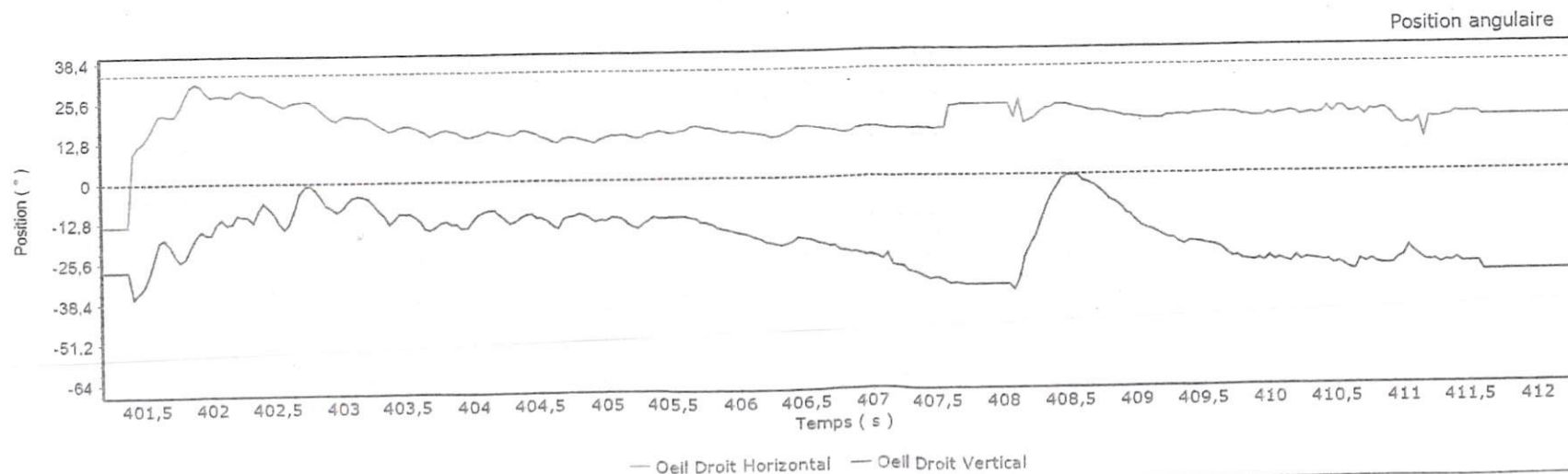
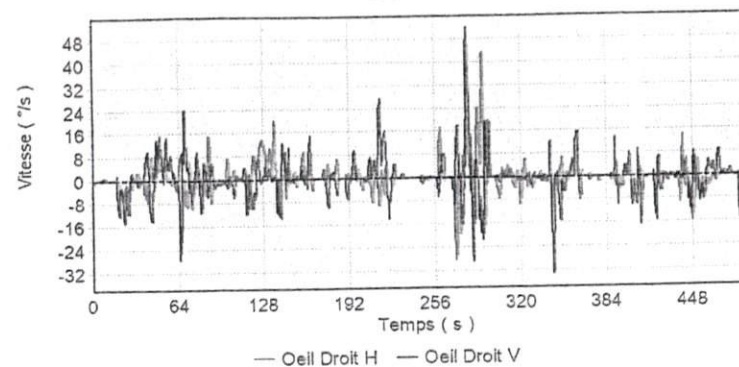
Médecin : DR CHRAIBI MHAMED

Patient : OUHAFSA TAHRA 04/10/1944

# Tableau résultats

|  | Vitesse moyenne |   | Vitesse max |   |
|--|-----------------|---|-------------|---|
|  | ↔               | ↕ | ↔           | ↕ |

## VPL



Module : Nystagmus

Epreuve : Epreuve 9 Post Dt

Date : 04/03/2024 - 17:13