

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Radio et Affection Longue Durée ALD et A

La déclaration de maladie chronique doit être jointe à la feuille de soins.
Elle est renouvelée tous les 6 mois.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 057226

ND: 46191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA

Date de naissance : 10/03/1960

Adresse : Rue de Rome 11 / 4

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ISSAM ESSALKI
ORL
Angle Rue Gouraud et Boulevard
Med 5, 1er étage - Berrechid

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : KHADJA MAZIANE Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie Articulaires

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) :



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 Règlement des Actes	
03/11/2016	Consultation	200 DH	200 DH		
	Analgésie	400 DH	400 DH		
	Rééducation	400 DH	400 DH		

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
03/	es u	224	20024
11/	André Gommard	40024	40024
2020	Recherche Vestige	40024	40024

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

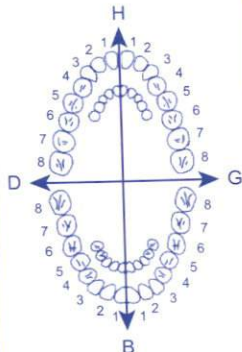
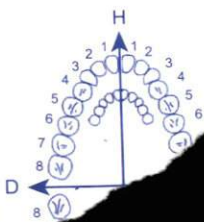
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

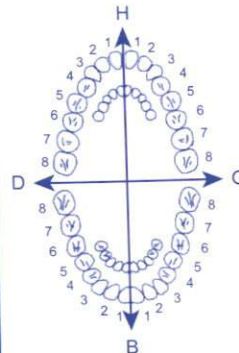
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																									
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		B																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	<p>mont, ar</p> <p>Création, Ten...</p> <p>donnel, Thérapie...</p> <p>COEFF...</p> <p>VISA E</p> <p>EN ATTESTANT LE DEVIS</p>																											

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

COEFF
D

mont, a

Creation, re

gonnel, Therapeutique, récé

ATTESTANT LE DENTS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

amount, and

COEFF
DA

BIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
,CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 05/11/2020

NOTES D'Otologie

KHAOUJA JAZANE

- Otitite
- ACIE Recrudescence

Vestibulaire et des
instables de l'équilibre

- 13 Séances 2 Séances

- Otologie 4000 Hz
(Goutte Col) (H)

برشيد تجزئة 14 زاوية شارع الخماس وشارع المقاومة -

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
• CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رتين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 27/11/2020

Klammern Maxime

① Vitaminen für

2x + 3/4

② Streikung

1x 1/2



برشيد - تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
'CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 03/11/2020

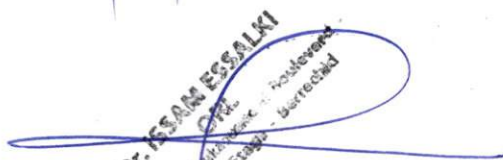
Notes D'Holobactes

KHADIJA TAZIANE

ACTE AUDIOGRAMME
COMPLET K25

Holobactes 4000H

(Mettez Col DH)


Dr. ISSAM ESSALKI
Angle Rue Mohammed V - Boulevard
Med 5, 1er Etage - Berrechid

برشيد - زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité, Acouphène,
Ronflement, Pathologie de la voix



متور عصام السالكى
راض و جراحة الاذن، الانف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة الصمم، رنين الاذن
التشخيص، اضطراب الصوت



061163994

DATE : 03 / 11 / 2020

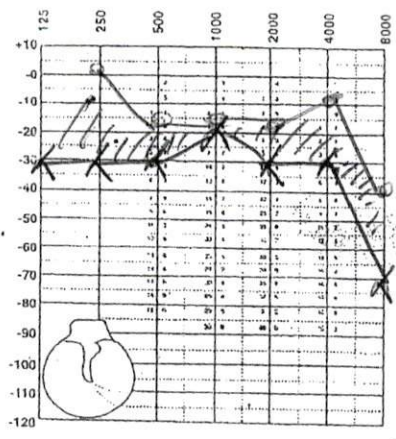
AUDIOGRAMME

NOM & PRENOM :

TAZIANE KHADEJA

OREILLE DROITE

OREILLE GAUCHE

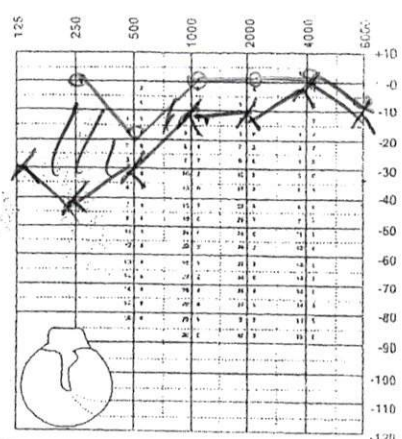


PERTE AUDITIVE

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

BO X 7 =
MO X 7 =

Total
Perte
Eliminale
en %



COMPTE RENDU AUDIOGRAMME

Sur l'axe de transmission

Signature of Dr. Issam Essalki
Dr. ISSAM ESSALKI
Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra
Tél : 05 22 22 57 57 - 05 22 74 42 64 - E-mail : issam.essalki@gmail.com