

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

- ☐ 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



Déclaration de Maladie

M22- 0011684

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11576 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GOTNI HICHAM
 Date de naissance : 18-01-76
 Adresse :
 Tél. : 0707388434 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Oto-Rhino-Laryngologiste
 Al Miara Center Angle Bd. Anoual
 et Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N°23
 Casablanca - Tél : 05 22 88 41 86
 09 NOV. 2022
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : GOTNI Aya Age :
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0011684

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
NOV. 2022	C23 TK15		≠ 550 ≠	Dr. Afaf Defass Hadr Oto-Rhino-Laryngologiste Al Miraf Center Angle Bd. Anou at Ed. Abdelmonem 2ème Etage N° 10000 - Tel : 05 22 86 41

[illegible][illegible]

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

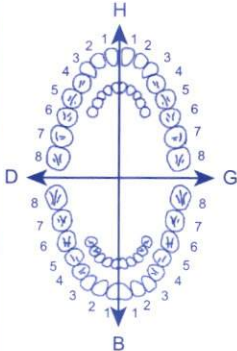
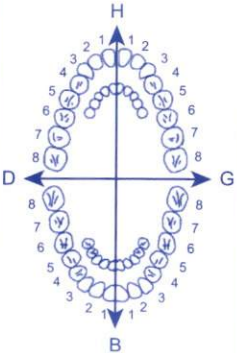
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				

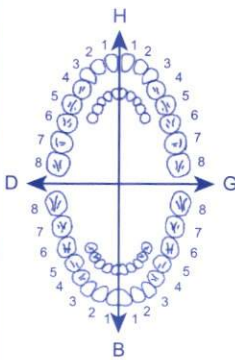
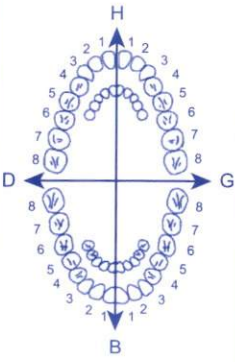
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Afaf REFASS-HADNI

Oto-Rhino-Laryngologiste

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le : 09/11/2022

NOTE D'HONORAIRES

GOTNI AYA

CONSULTATION	C23	300.00DH
IMPÉDANCEMÉTRIE	K10	250.00DH
TOTAL		550.00DH

Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino-Laryngologiste
Al Miaraj Center Angle Bd. Anoual
et Bd. Abdelmoumen, 2ème Etage N° 23
Casablanca - Tél : 05 22 86 41 86

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء

Al Miaraj Center: Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N° 23 (Station tramway Abdelmoumen) - Casablanca

☎ : 0608 51 76 28 - ☎ : 0522 86 41 86 - ✉ : refassorl@gmail.com - 🌐 : www.orlcasablanca.com

AT235h

Subject Data Printout:

To: _____ Date: 09/11/2022

Sex: _____ Age: _____

Name: Gotni Aya

Address: _____

City: _____

State: _____

Country: _____

Phone: _____

E-mail: _____

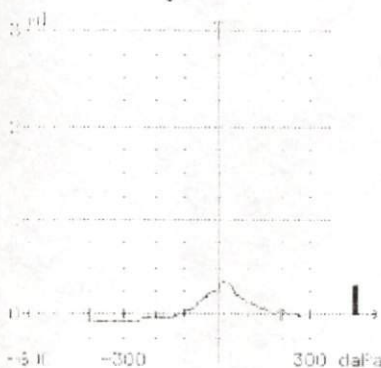
Examiner: _____

Remarks: _____

Dr. Afaf Refass Hadni
 Oto-Rhino-Laryngologist
 Al Miraj Center Angle Bd. Anoual
 et Bd. Abdoumoumen 2ème Etage N°23
 Casablanca - Tél: 05 22 86 41 86

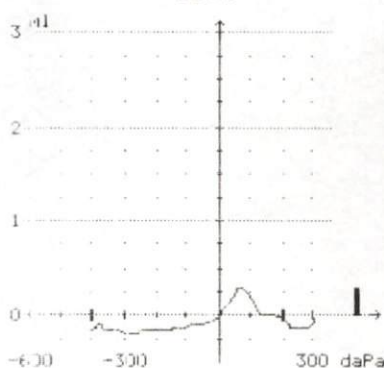
Tympanogram

Right



Ear Volume 0.30 ml
 Compliance 0.34 ml
 Pressure 30 daPa
 Gradient 0.13 ml/c

Left



Ear Volume 0.30 ml
 Compliance 0.28 ml
 Pressure 62 daPa
 Gradient 0.19 ml/c

Reflex

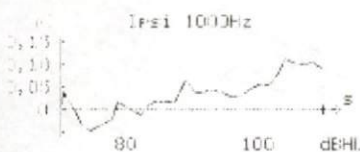
Right

Pressure 30 daPa

Sequence



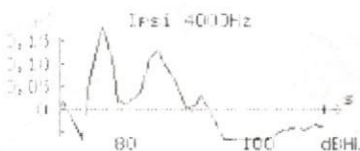
Sequence



Sequence



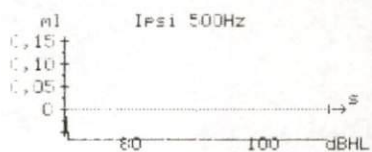
Sequence



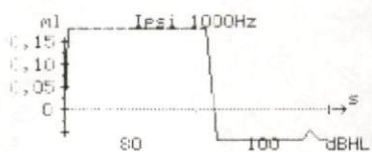
Left

Pressure 62 daPa

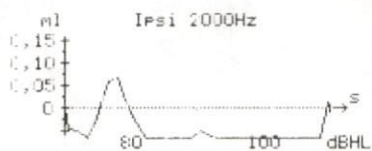
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

