

# 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.

## 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- 0040014

159306

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0621 Société : Retraité  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : ELZAZAHIDI Brahim  
 Date de naissance : 01/07/1941  
 Adresse : Av. de l'Indépendance Rue 59 N° 59 HERMITAGE Casablanca  
 Tél. : 0669 584539 Total des frais engagés : 8.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

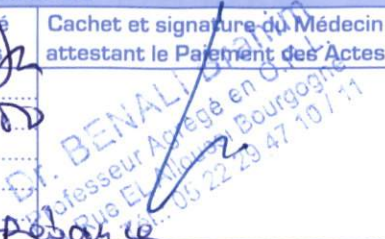
INP: 09108750  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21 MARS 2023  
 Nom et prénom du malade : ELZAZAHIDI Brahim Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aff ALD  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident 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 : Casablanca Le : 02/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
1 MARS 2023	C3 + K25 (Consultation + aus. + radiographie + traitement)		800,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

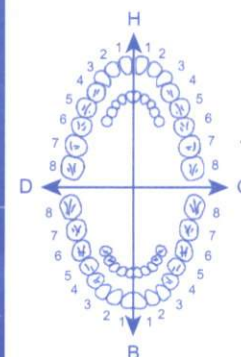
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

• Docteur Brahim BENALI

Professeur agrégé  
Diplômé des universités de Lille et Bruxelles  
NEZ - GORGE - OREILLES  
CHIRURGIE TETE ET COU  
Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

-----  
CHIRURGIE TETE ET COU  
-----

24, Rue El Alloussi – Bourgogne  
(Face clinique Badr), Casablanca  
Tél : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11  
Mail : benaliborlcasa@gmail.com

Casablanca le, 21/03/2023

## FACTURE

INP 091020750  
IF 41405577  
ICE 001677131000070

MR ELZZAHIDI BRAHIM

Re u la somme de :

- Trois cents dirhams (300,00 dhs) pour consultation ORL + traitement des oreilles sous microscope ;
- Cinq cents dirhams (500,00 dhs) pour examen audio-imp dancem trique.

Dr. BENALI Brahim  
Professeur Agr g  en O.R.L.  
24 Rue EL Alloussi Bourgogne  
Casa. T l.: 05 22 29 47 10 / 11

This image shows a full page of blank graph paper. It features a uniform grid of squares created by thin blue horizontal and vertical lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings. There are approximately 20 columns and 20 rows of squares.

Date 21 Dec. 2023

## AUDIOGRAMME

**OBSERVATIONS :**

Presbycines  
bilateral

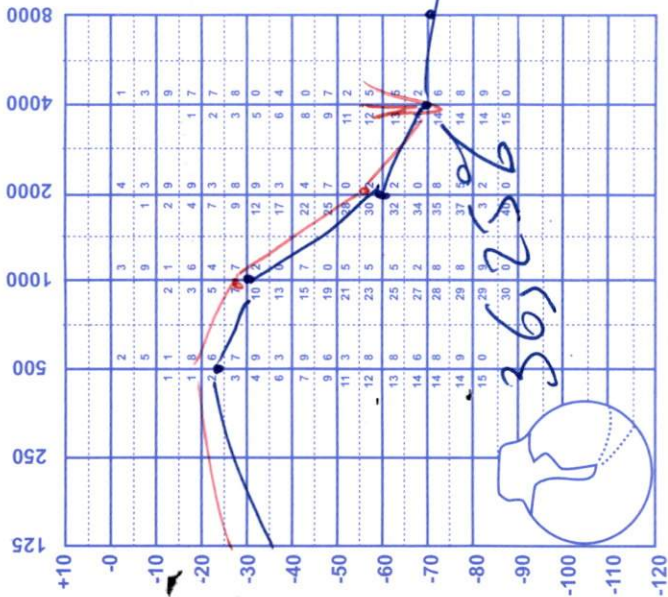
### Traitement chirurgical

Date :

Côté

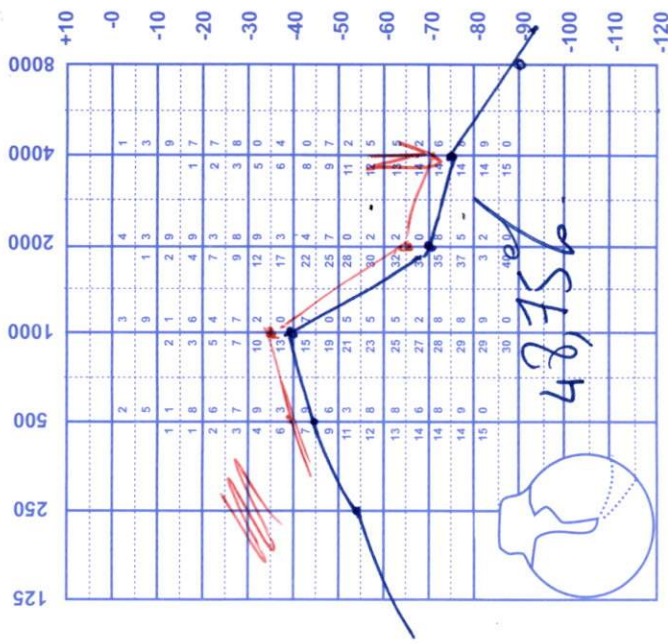
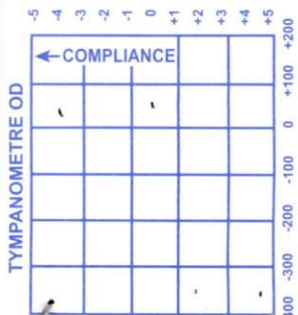
Type de l'intervention :

0105 : 36,25%  
0606 : 48,75%



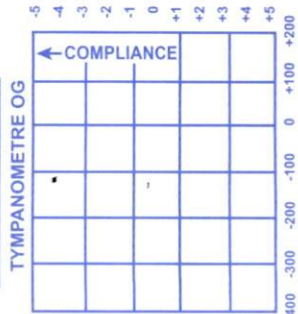
Bing

--	--



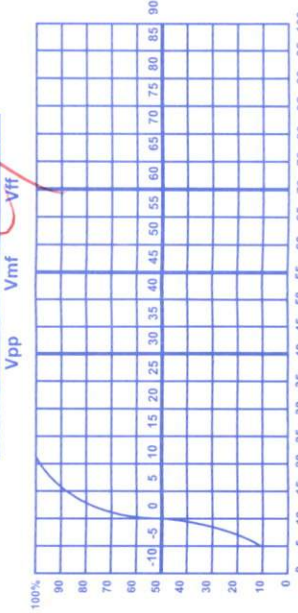
Bing

--	--



Bing

--	--



$$I.C.A. = + + + = \frac{3}{3}$$

AT235

# Subject Data Printout

Id No : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Examiner: \_\_\_\_\_  
 Remarks: \_\_\_\_\_

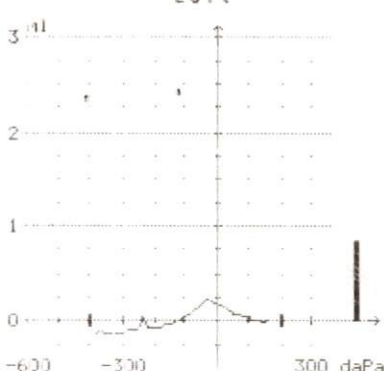
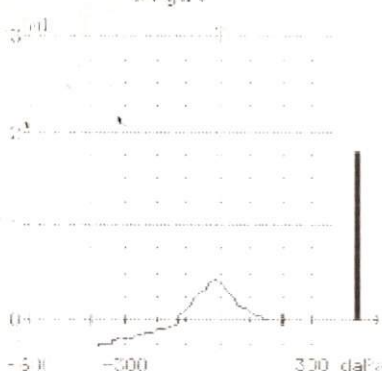
E222 Amir - Brahem

21/03/23

## Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 1.77 ml  
 Compliance 0.41 ml  
 Pressure -17 daPa  
 Gradient 0.18 ml

Ear Volume 0.86 ml  
 Compliance 0.22 ml  
 Pressure -22 daPa  
 Gradient 0.08 ml

Dr. BENALI Brahim  
 Professeur Agrégé en O.R.L.  
 Rue EL Alloussi Bourgogne  
 C 653. Tél.: 05 22 29 47 10 / 11

## Reflex

Right

Left

Pressure -12 daPa

Pressure -22 daPa

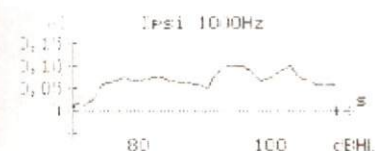
Serial trace

Sequence



Serial trace

Sequence



Serial trace

Sequence



Serial trace

Sequence

