

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
N° M21- 0033191

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Y. A. VOT A. A. ELHAN A 3893
 Date de naissance : 28-11-60
 Adresse : 4 AVE HANOUJ n° 195 RAOU ALA FIAN
 In 14 APT 412 CASE - NAA RIF
 Tél. : 061322422 Total des frais engagés : 1148,7 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/08/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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
15/08/23	C2	-	300.pps	
15/08/23	D363 K25 Audiométrie complète	-	600.pps	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE & PARA DU COMPLEXE SPORTIF KADIRI HASSANI Mahmoud Mohamed - Les Princes N°1 Extension - Casablanca Tél: 09 07 10 07 75	15/08/23	248,90

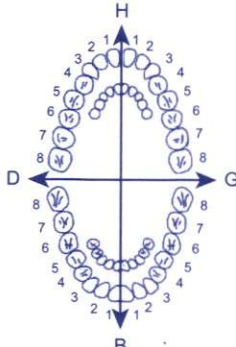
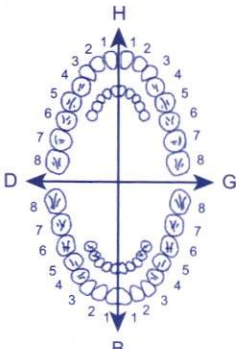
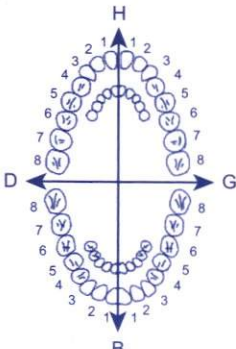
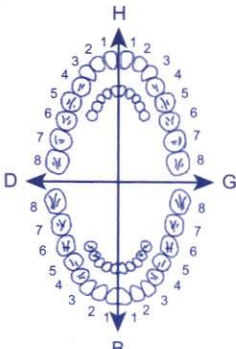
[illegible][illegible]

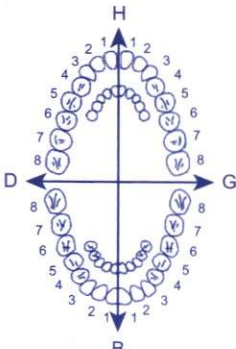
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: right;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

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 canalaire, 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

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



- اختصاصي في امراض و جراحة
الاذن، الأنف و الحنجرة
- اختصاصي في جراحة السرطان
- جراحة أعضاء الوجه و العنق
- رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le15/08/2023.....

MME SABRI LAILA

36,40 • **Kopred**
3 cp le matin pendant 7 jours

1,19,100 x 2 • **Diamox 250 mg**
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 2 semaines

134,80 • **Nootropyl 800 mg**
1 comprimé, matin, soir, pendant 1 mois

39,70 • **Fucidine 2%**
1 application matin, et soir, pendant 1 semaine



Diamox® 250mg
24 Comprimés
sécaables



Diamox® 250mg
24 Comprimés
sécaables



Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE : 001918333000002 - IF: 14477065
INPE: 091169052

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بنور فرنسا)

Casablanca, le 15/08/2023

Facture

MME SABRI LAILA

Acte	QTE	Honoraire
Consultation spécialisée (C2)	1	300,00 Dh
Audiométrie complète (D363/K25)	1	600,00 Dh
Total		900,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
neuf cents dirham(s)

Dr. BENLYAZID EL WASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE : 00191833000002 - IF: 14477065
INPE: 091169052

د. عادل بن اليزيد

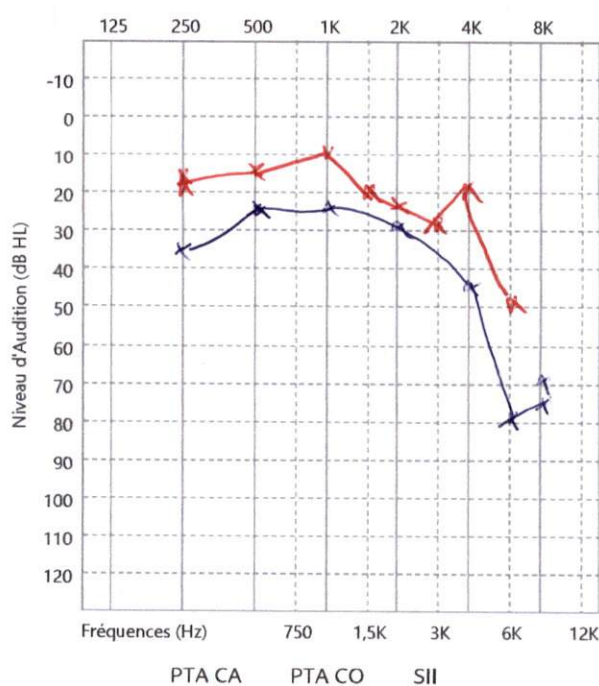
- اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)



15/08/2023

Gauche

AC



dB EM

[illegible]

REF. ANSI S3.6 / IEC 60645-1

Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE : 00191833000002 - IF: 14477065
INPE : 001160052

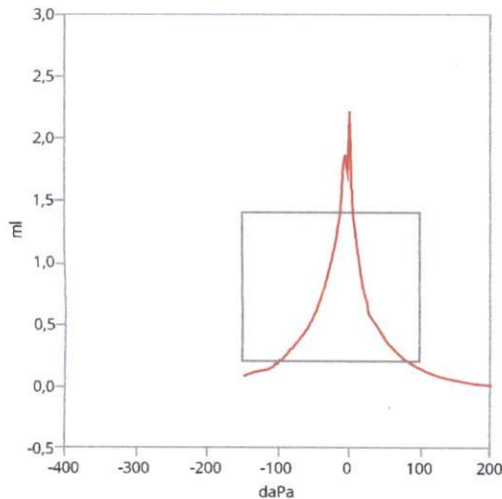
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)

اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Impédancemétrie

SABRI, LAILA
07/07/1967
56 années

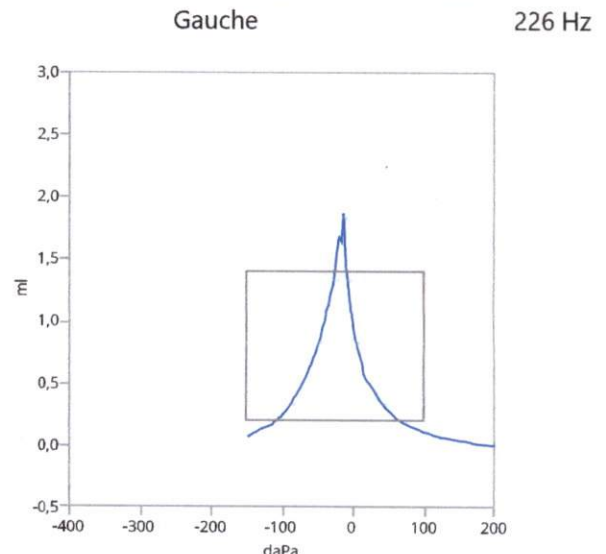
15/08/2023
GSI 39 Auto Tym



Tymp			Balayer daPa/sec		ECV	Peak		Type
						daPa	ml	
1	226 Hz	Y	←	600/200	1,0	2	2,13	

Reflex	Ipsilateral				Contralateral			
	500	1000	2000	4000	500	1000	2000	4000
	NR	NR	Yes	NR				
dB HL	100	105	105	100				

ANSI S3.39 and IEC 60645-5



Tymp			Balayer daPa/sec		ECV	Peak		Type
						daPa	ml	
1	226 Hz	Y	←	600/200	1,1	-13	1,86	

Reflex	Ipsilateral				Contralateral			
	500	1000	2000	4000	500	1000	2000	4000
	Yes	Yes	Yes	Yes				
dB HL	80	85	95	80				

ANSI S3.39 and IEC 60645-5

Comments

Tympanogramme normal (type A)

Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE : 001918333000002 - IF: 14477065
INPE : 091169052