

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : A39ELITAN A73893

Nom & Prénom : YAHYA OULD ABDELMOUMEN

Date de naissance : 28-11-60

Adresse : 4, AVENUE NABOUR N°1, 905 LAOUD AL AITOUA

Tél. : 0661 322 411 Total des frais engagés : 11.482.42 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

Nature de la maladie : Affection

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) : [Signature]



RELEVE 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		300,00	
15/08/23	D363 K25 Audiométrie complète		600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE & PARIS Fatima KADIRI HASSANI Maison Mohamed Les Princesses 10000 Casablanca	15/08/23	248,90

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

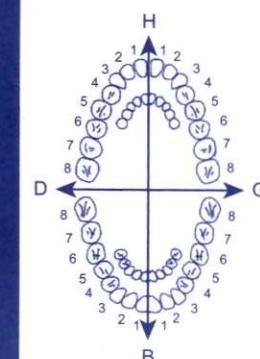
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Casablanca, le 15/08/2023

MME SABRI LAILA

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

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

NOOTROPYL 800 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
AMM N° 405/16 DMP/21/NRQ



6 118000 020738

(19,10,2) • **Diamox 250 mg**
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 2 semaines

134,18 0 • **Nootropyl 800 mg**
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 1 mois

39,17 0 • **Fucidine 2%**
1 application matin, et soir, pendant 1 semaine

39,17 0 Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Diamox® 250mg
24 Comprimés
sécables



Diamox® 250mg
24 Comprimés
sécables



Dr. BENLYAZID EL HASSAN1 Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE : 00191833000002 - 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 (ببور 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 HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen. Casablanca
ICE : 001918333000002 - IF : 14477065
INPE : 091159052

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

Bilan Audiométrique

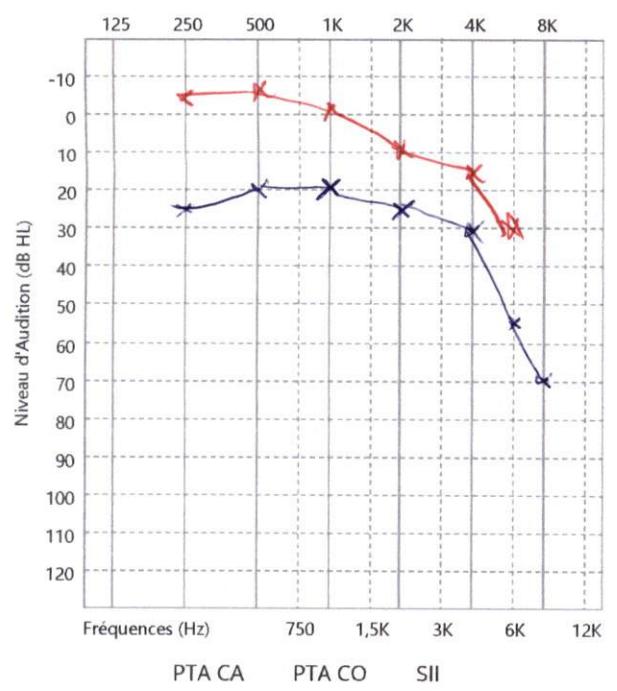
Nom

LAILA SABRI

15/08/2023

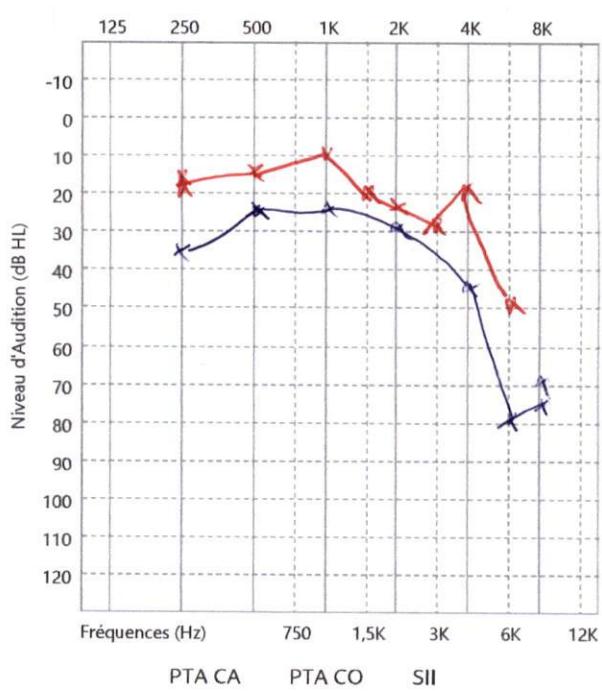
Droit

AC



Gauche

AC



AC						
BC						

REF. ANSI S3.6 / IEC 60645-1

AC						
BC						

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 : 0019183300002 - 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 الأنف، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)



Impédancemétrie

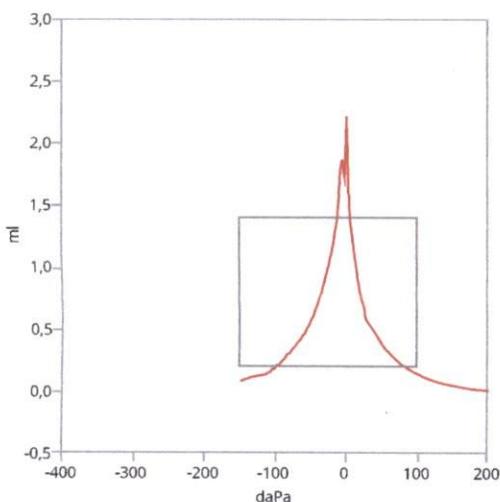
SABRI, LAILA

07/07/1967

56 années

15/08/2023

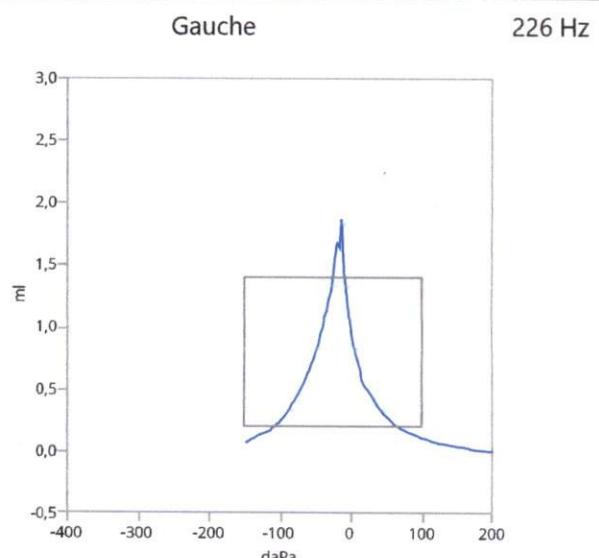
GSI 39 Auto Tymp



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

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

ANSI S3.39 and IEC 60645-5



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

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

ANSI S3.39 and IEC 60645-5

Comments

Tympanogramme normal (type A)

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