

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- 0053791

774396

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve Baghouy
 Nom & Prénom : Bouhoak Saïda
 Date de naissance : 16/7/1955
 Adresse : 64 lot A Salama Rue 28 sidi
 marouf case
 Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1222 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 19/9/2023 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

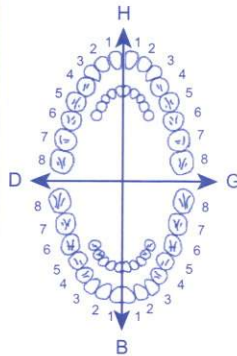
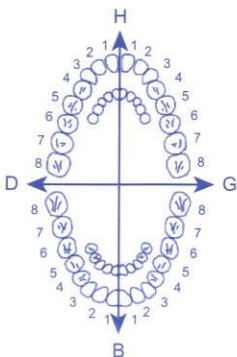
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|-------------|---|-------------------|-------------------|---|---|-------------------|-------------------|---|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | H | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | B | | | | | | | | | | | | |
| | [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



Date d'édition : 21/07/2022 14:08:11

50.50

MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



| | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| N° de Dossier : | 75419157 | Date et heure : 21/07/2022 14:07 |
| Nom et prénom Assuré : | BOUHAÏK SAÏDA | |
| Immatriculation : | 95771405 / 090238844 | |
| Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: | BOUHAÏK SAÏDA | / 01 |
| Type de dossier : | FEUILLE DE SOINS | |
| Lieu de réception : | CASA SIEGE 90141 | |
| Valeur en Dirhams : | 5 606,00 | Nombre de pièces : 4 |
| Code Etablissement : | | Agent de réception : 9MGE188 |
| Nom Etablissement : | | |

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : Bouchek Saïda

رقم الانخراط : 1484368

رقم التسجيل : 77140511

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B3410148

علاقة القرابة : ابن ☒ زوج ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ بين المستفيد والمؤمن له*

العنوان : 64 Bd Abdelhak Soudani

Rue 28 case

مبلغ المصاريف (درهم) : 1222,50

عدد الوثائق المرفقة : 1 p.

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : Ym BOUHAÏK Saïda

تاريخ الأزيداد : 14/04/2022

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1484368

الجنس : أنثى ☒ ذكر ☐ Masculin ☐ Féminin ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 091020750 * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : ORL

Type de soins : ORL نوع العلاجات

Admissio ALD* : oui قبول المرض المزمن : oui

N° dossier ALD* : 1484368 رقم ملف المرض المزمن : 1484368

Code ALD : 1484368 رقم المرض المزمن : 1484368

Soin ambulatoires* : oui تم تقديم الظرف المغلق : oui

Hospitalisation* : oui تاريخ الاستشفاء : 21 JUL 2022

أشهر بصدق وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et leur sincérité et leur véracité.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ : CASABLANCA

Le : 21/07/2022 في : 21/07/2022

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : CASABLANCA
Cachet et Signature du Médecin traitant
Gu de l'Établissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

| <p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p> | <p>الثمن المفوتر Prix facturé</p> | <p>توقيع وطابع الصيدلي أو مُمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p> |
|---|---------------------------------------|--|
| <p>14/07/22</p> | <p>8228</p> | <p>Pharmacie Dr. Sami 48 Lot Cité Médicale Tel: 05 22 97 40 65</p> |
| | <p>INP: 092003029</p> | |
| | <p>INP: </p> | |
| | <p>INP: </p> | |

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][][] | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : [][][][][][][][][][] | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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
Tel : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11
Fax : 05 22.29.47.10

Casablanca le, 14/07/2022

FACTURE

INP 091020750
IF 41405577
ICE 001677131000070

MME BOUHAİK SAIDA

Reçu la somme de :

- Quatre cents dirhams (400,00 dhs) pour consultation ORL ;
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-imp danc m trique.

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue EL Alloussi Bourgogne
Casablanca Tel: 05 22 29 47 10 / 11

Docteur Brahim, BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

E-mail : medecinbenali@gmail.com

الهاتف : 05.22.29.47.11 / 05.22.29.47.10

البريد الإلكتروني : medecinbenali@gmail.com

Casablanca, le

17, 70
1 Eludril gergane (bou de bouche)

qui va.
70
1 Doxinyline 200 mg
lightin va.

134, 80
31 Nootropyl 800

1 + 34.

222, 50

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Tél. 05.22.29.47.10 / 11

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05.22.49.23.86

PPV 700HD0

EXP 08/2023
LOT 19021 1

6 118000 032410

DOXYMYCINE
10 comprimés 200 mg

بنعلا
بوكل
لخنجرة
بنق
ال

220254
EXP 02/2026
PPV 134.80

NOOTROPYL 800 mg
Tablets de 80 comprimés pelliculés
AMM N   40516 DMP22 (06/08)

6 118000 020738

بوركون

(امام مصحة بدر)
الدار البيضاء

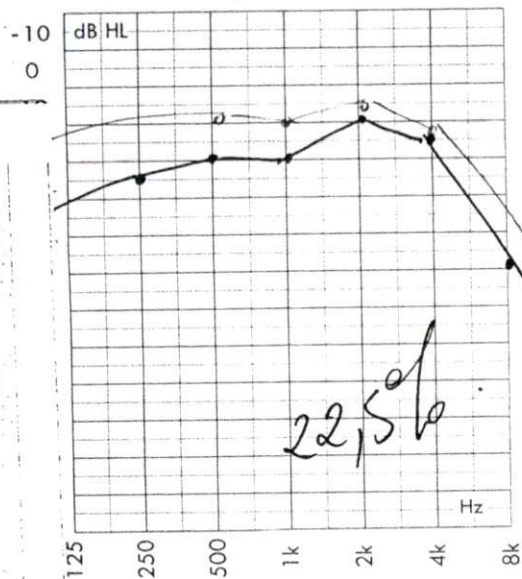
Dr. Brahim BENALI
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Tél. 05.22.29.47.10 / 11

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML

PPV : 170470

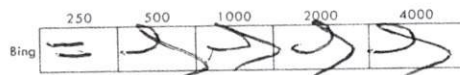
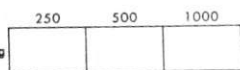
LOT : 22E002
PER : 01/2025

Audiomètre Oreille Droite

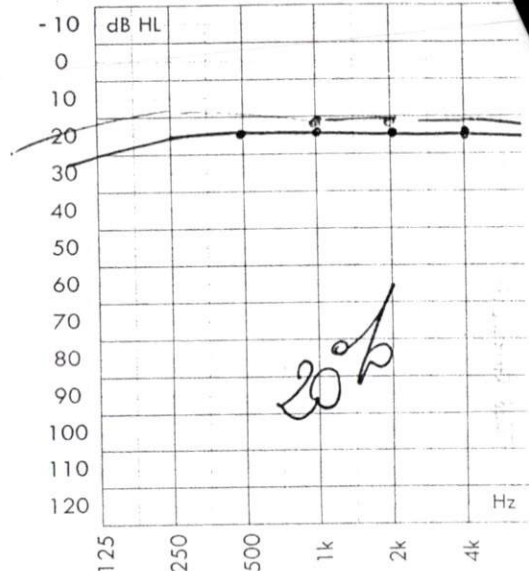


| | Perte Auditive | |
|--------|----------------|------|
| | O.D. | O.G. |
| 500 | | |
| 1000 | | |
| 2000 | | |
| 4000 | | |
| Totaux | | |

| | |
|-----------|--|
| Total | |
| Perte | |
| Binaurale | |
| en % | |

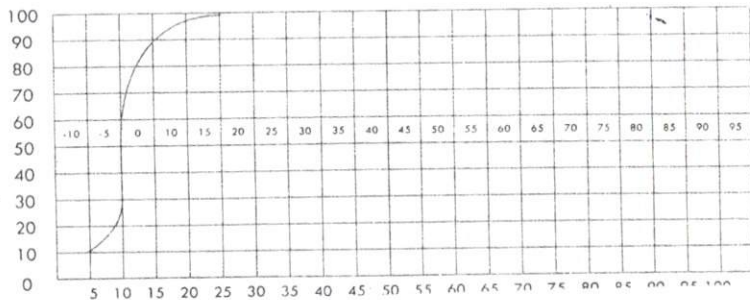
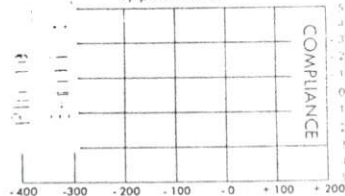


Audiomètre Oreille Gauche

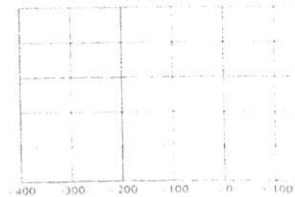


Bing

Tympanométrie OD



Tympanométrie OG



AUDIOGRAMME

Nom : BOUHAIK

Prénom : Saido

Age : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Date : 14 juillet 2022

Observations :

Dr. BENALI BENHIM
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue EL Aïoussi Bourgogne
21000 DIJON
03 80 39 17 17
M. Saido Bouhaik

Dr. BENALI BENHIM
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue EL Aïoussi Bourgogne
21000 DIJON
03 80 39 17 17
Worwa P

BOUHAÏK - Saïdo

4/10/22

Tympanogram



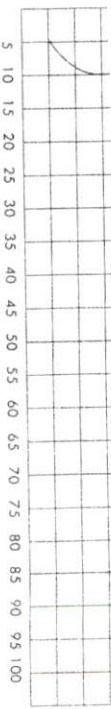
Right

Left



0 10 20 30

5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100



Ear Volume 0.91 ml
Compliance 0.91 ml
Pressure -22 daPa
Gradient 0.30 ml

Ear Volume 1.15 ml
Compliance 0.65 ml
Pressure -33 daPa
Gradient 0.30 ml

Dr. BENALI El ALLOUSI
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussy Bourguigne
C 5000

Right

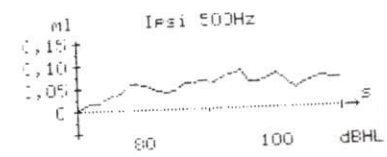
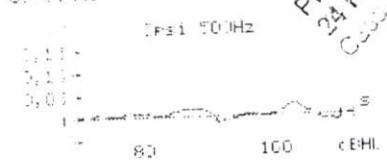
Left

Pressure -22 daPa

Pressure -33 daPa

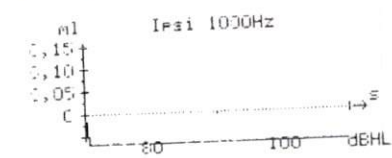
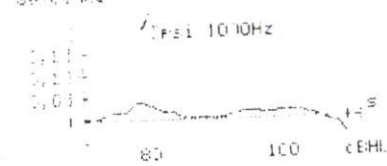
Sequence

Sequence



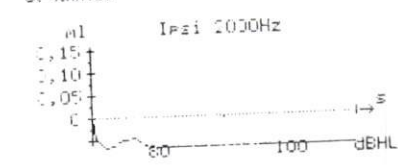
Sequence

Sequence



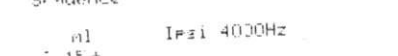
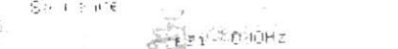
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



-10
0

dB HL

Audiomètre Oreille Droite

Perte Auditive

-10
0

dB HL

Audiomètre Oreille Gauche