

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.

274396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 52412 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve Bougħali
 Nom & Prénom : Bouhajek Saïda
 Date de naissance : 16/7/1955
 Adresse : 64 lot Assalamoo Rue 28 sidi
 marrakech casablanca
 Tél. : 06 41 73 41 74 Total des frais engagés : 1292 Dhs 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 / 07/09/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc



Date d'édition : 21/07/2022 14:08:11

MME BOUHAIK SAIDA

NO 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

75419157

Date et heure : 21/07/2022 14:07

Nom et prénom Assuré :

BOUHAIK SAIDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BOUHAIK SAIDA

/ 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

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 participants 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تعليمات توجيهات اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 المشتراء بملف التغويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصریح كاذب بالإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

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



N° Bordereau : _____

N° Dossier : _____

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : _____
رقم الانحرافاط : _____

رقم التسجيل : _____
رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____

علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint زوج ابن Enfant ابنة

عنوان : _____
Montant des frais (Dhs) : 122,50

Nombre de pièces jointes : 1 P.
 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins
المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : _____
تاريخ الإيداع : _____

رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____
الجنس * : _____

Identification du médecin traitant

N° INP

091020750
ORL

Type de soins

Admissio ALD* :

oui non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soin ambulatoires* علاجات خارجية * استشفاء *

Hospitalisation* استشفاء *

oui non

oui non

oui non

Date d'hospitalisation : 21 JUL 2022

Pli confidentiel remis : _____

Fait à : CASABLANCA

Le : 14/07/2022

Signature de l'assuré (e) : _____

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : _____

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن : _____

رقم ملف المرض المزمن : _____

رقم المرض المزمن : _____

تم تقديم الظرف المغلق : _____

تاريخ الاستشفاء : _____

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المكتوبة أدناه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

Le : 14/07/2022

Signature du praticien : _____

Signature du Médecin traitant : _____

Gér. de l'établissement de soins : _____

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعfully يمنع هذا المطبوع

Description des actes effectués

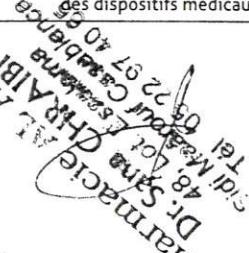
وصف العمليات المجرأة

عملات الاحياء، الاشعة والصور

CIM - 10

حدد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذي Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٢/٠٧/٢٢	٨٢,٣٥	 Dr. Samaa El-Sherif Clinical Pharmacist ABE Pharmacist's Signature Date: 22/07/2022
	INP : [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Faculté de Biologie, Radiologie et Imagerie

عملات الاحياء، الاشعة 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 الإيجيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
			INP :		
			INP :		
			INP :		

Actes Paramédicaux

卷之三

عمليات المساعدین الطبيین

[View Details](#)

تاریخ 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 : 					
INP : 					
INP : 					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 BOUHAIK SAIDA

Reçu la somme de :

- Quatre cents dirhams (400,00 dhs) pour consultation ORL ;
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-impédancemétrique.

*Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Casablanca Tel: 05 22.29.47.10*

Docteur Brahim BENALI

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles
NEZ - GORGE - OREILLES
CHIRURGIE TETE ET COU

SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne
(Face Clinique Badr)
Casablanca

الهاتف : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11 | البريد الإلكتروني : medecinbenali@gmail.com

Casablanca, le

1 Ehd n P genz anse (bun de bruch)

for the
-

1 Doxycycline was
given to him before

134,85

31 Nootropyl 70

1 + 3h

Fig. 1. A typical trace.

~~222.5~~

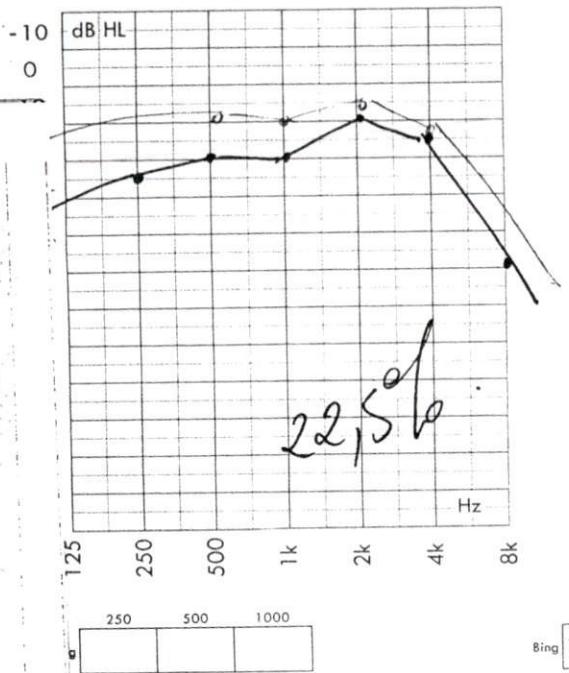
34. Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue EL Aït-Koussi Bourgogne
Télé: 03 22 47 10 / 11

**EUDRAIL
SOLUTION 90 ML.
P.P.V : 17D170
LOT : 22E002
PER : 01/2025**

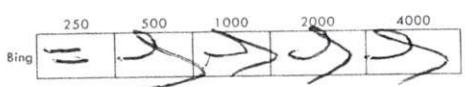
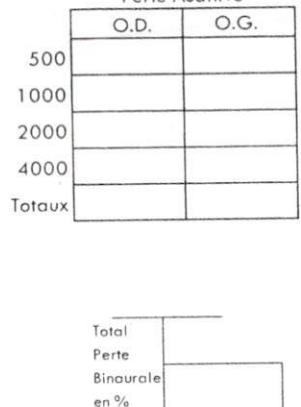
En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

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

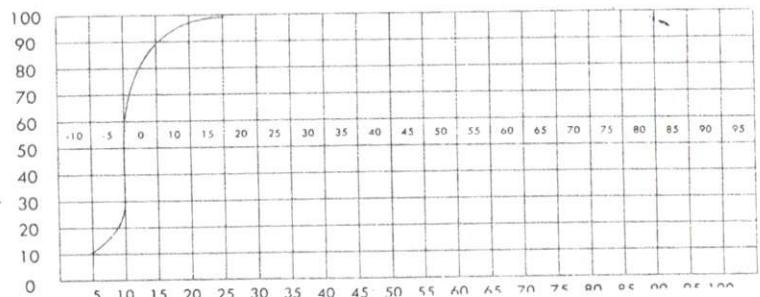
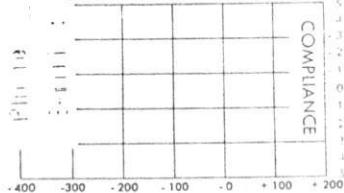
Audiomètre Oreille Droite



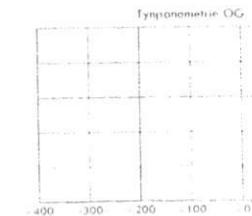
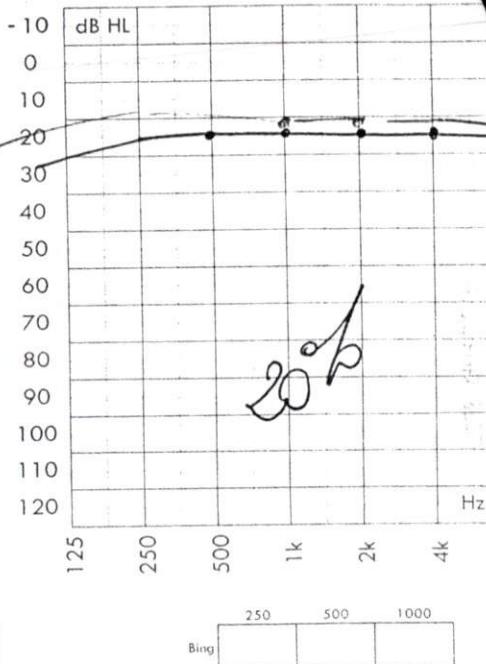
Perte Auditive



Tympanometrie OD



Audiomètre Oreille Gauche



AUDIOGRAMME

Nom : BOUHAIK

Date : 14 Janvier 2022

Prénom : Saïd

Age :

Profession :

Adresse :

Observations :

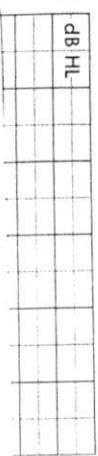
In des gaeuee

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Aloussi Bourgogne
21250 - Tél: 03 80 28 07 11

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Aloussi Bourgogne
21250 - Tél: 03 80 28 07 11

Wor wa

Audiomètre Oreille Droite

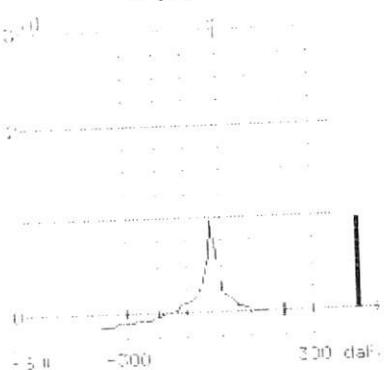


14107/22

BONHAIK-Sando

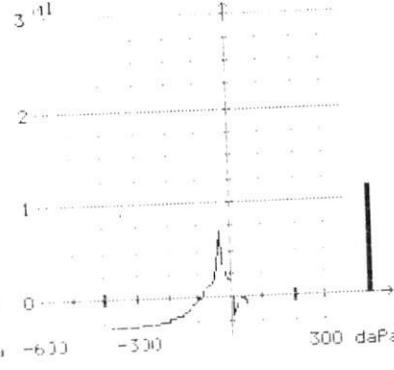
Tympanogramme

Right



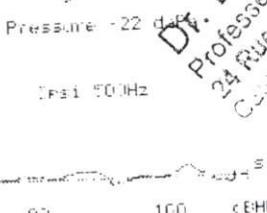
Volume 0,97 ml
Compliance 0,93 ml
Pressure -22 daPa
Gradient 0,30 ml

Left



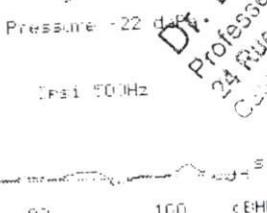
Volume 1,15 ml
Compliance 0,65 ml
Pressure -33 daPa
Gradient 0,15 ml

Right



Sonore

Ipsi 500Hz



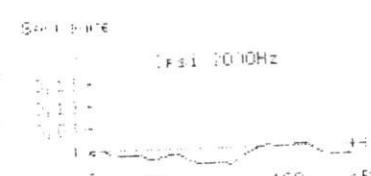
Sonore

Ipsi 1000Hz



Sonore

Ipsi 2000Hz



Sonore

Ipsi 3000Hz



Left

Pressure -33 daPa

Sonore

Ipsi 500Hz

Sténose

Ipsi 1000Hz

Sonore

Ipsi 2000Hz

Sténose

Ipsi 4000Hz

Sonore

Ipsi 3000Hz

Sténose

Sonore

Ipsi 4000Hz

Audiomètre Oreille Gauche

