

# 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.

M23- ~009840

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

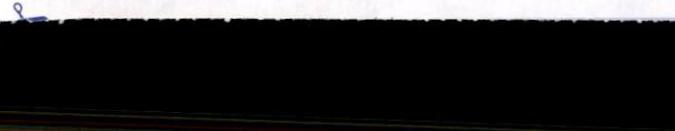
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5353 Société : RAT 174527  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : BENABADA ALTAN KHALED  
 Date de naissance : 11/06/1953  
 Adresse : 19 LOT HAJ FATHI 04 LFIR  
CASABLANCA  
 Tél. : 06.01.07.18.14 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 DR. R. MOUFFAK  
 C.O.D.E. O.R.L.  
 Centre ORL de Diagnose et Exploration  
 Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
 Tel : 05 22 20 30/L.G. Fax : 05 22 20 18 85  
 05 11 39 28

Date de consultation : 01/09/2023  
 Nom et prénom du malade : BENABADA ALTAN KHALED Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : affection DM  
 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
07/09/23	C	1	3000 Dhs
07/09/23	K10+K15	1	5000 Dhs

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

DR. R. MOUAFAK

Centre O.D.F. de Diagnostic et Explorations  
Dr. R. Mouafak - Dr. A. Roudani - Casablanca  
Centre O.D.F. de Diagnostic et Explorations  
Dr. R. Mouafak - Dr. A. Roudani - Casablanca  
Centre O.D.F. de Diagnostic et Explorations  
Dr. R. Mouafak - Dr. A. Roudani - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE CASABLANCA Rue Hassan II, Casablanca Téléphone : 0522 93 10 22	07/09/23	270,00

### 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	

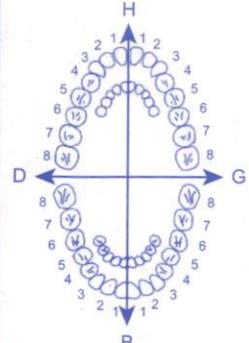
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

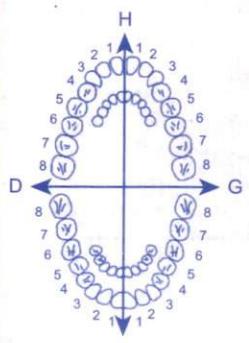
#### Important :

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX


  
 D      G      B

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H      25533412      21433552 D      00000000      00000000 B      00000000      00000000 G      35533411      11433553	


  
 D      G      B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 07/09/2020

Casablanca, le .....

Monsieur

KHALED

BERRADA

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

**HISTANORM**

1 cp le soir pdt 15 j

**AEROMAX**

2 PULV PAR JOUR LE SOIR \* 1 MOIS

**EFFIPRED20 mg**

3 comprimés le matin pendant 6 jours

40,00  
100,00  
40,00  
270,00

**HISTANORM® 10 mg** 15 comprimés

PPU 40DH00  
EXP 09/2024  
LOT 26034 1

**Aeromax®** Budésonide

LOT:0081004B  
PER:01/2025  
PPV:190.00 dh



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lalla Haj Bahia Rue 6 N° 3 Lar. 64  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 23

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتخيص



A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراقي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le... 27/09/2003  
BERRADA ALLAY KHALED  
R. le

Renseignements cliniques : .....

Pour  AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE kPa

PEA + ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES  
CONSULTATION

Le . 27/09/23

Reçu la somme de ..... 3000 Hs .....

De Mr, Melle, Mme

Bersada ALLAM khaled

Pour consultation ORL (C2)





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرايبوري  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

## NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le ..... 07/05/23

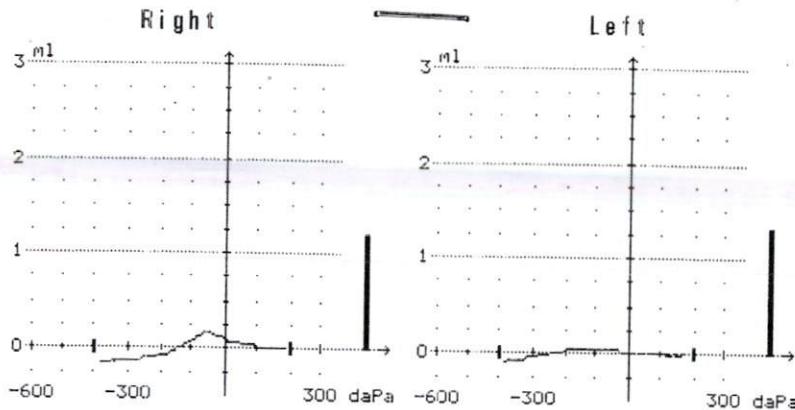
Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme ..... Bessada ALLAM ..... kitaled

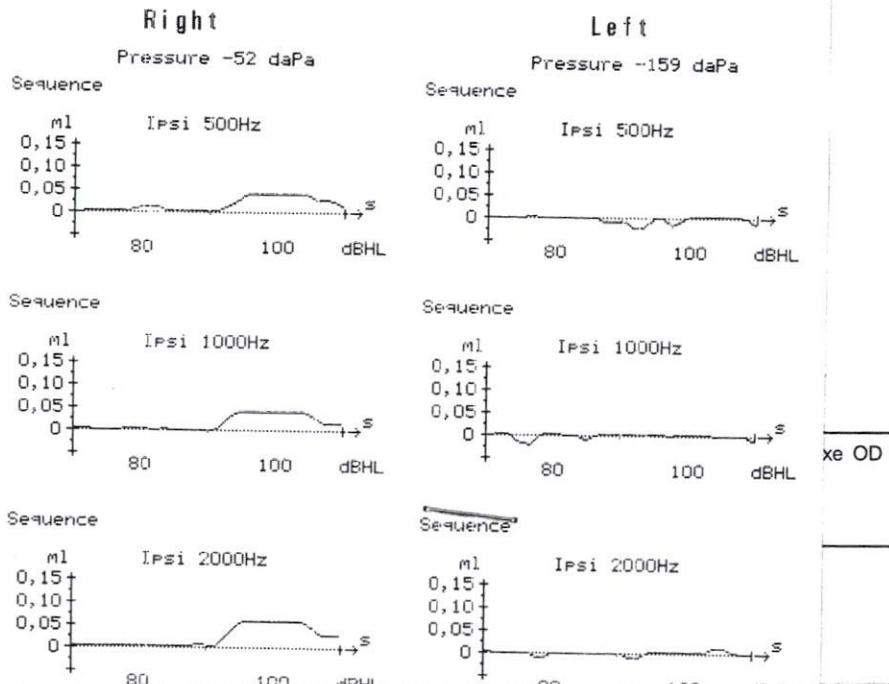
Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).



## Tympanogram



## Reflex



**code**

**AL FARABI**

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

NOM ..... *BERRADA ALLAN*

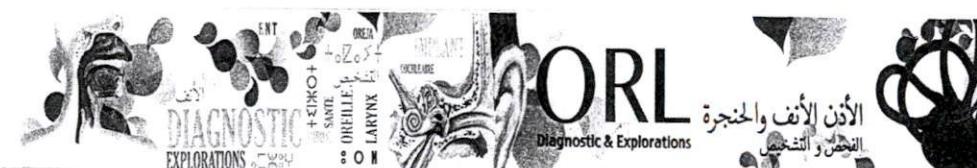
Prénom ..... *Khalid*

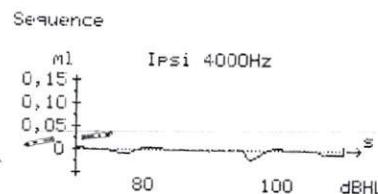
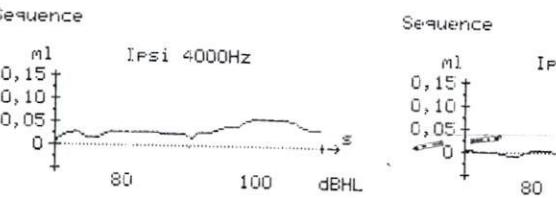
Date de naissance ..... Date d'examen ..... 07 SEP. 2023

Observations .....

*Acustico de percaptio ceter*

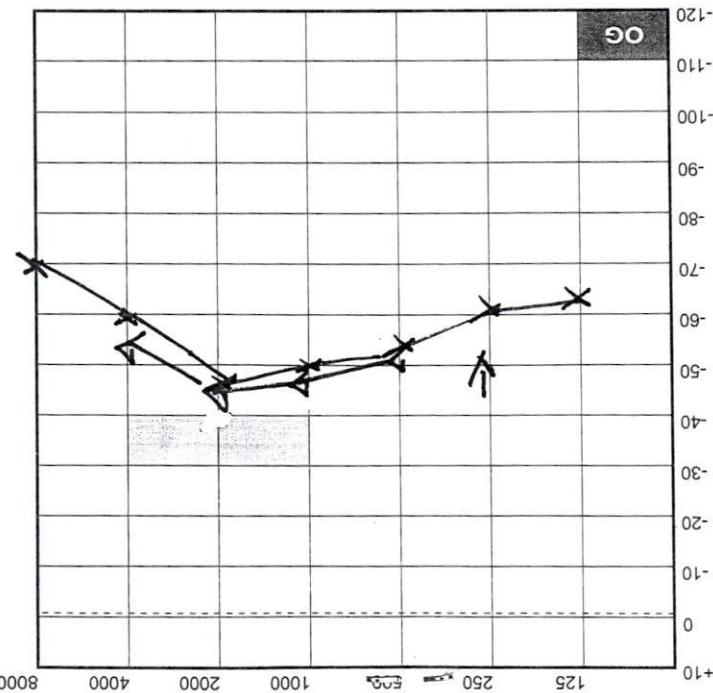
*face ZRM*





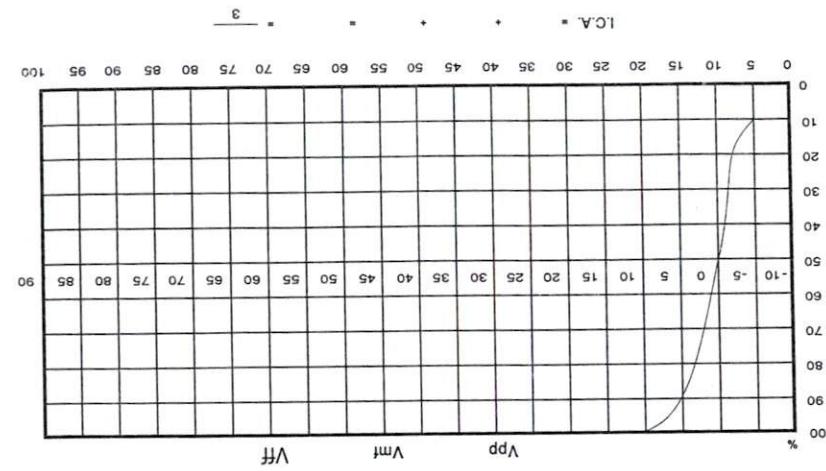
The figure consists of two rows of five boxes each. The top row contains arrows pointing right, and the bottom row contains arrows pointing left. The boxes are labeled with values: 250, 500, 1000, 2000, and 4000. Below the boxes, the word 'WEBER' is written vertically, and '0g' is written horizontally.

% = I.A.G



<u>qp</u>	<u>qp</u>
<u>qp</u>	<u>qp</u>

P E R T E   A U D I T I V E



PREUVES VOCALES

L.A.D = %

