

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

- Reclamation : 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- 0039446

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHERIF TAYEB 188193
Date de naissance : 26-01-1950
Adresse :
Tél. : 0661250185 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Claudia Ferrier M.Sc. Audiologiste Permis # 0667
Date de consultation : 2023/10/26 @ Ferrier 0667.
Nom et prénom du malade : CHERIF TAYEB Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Surdité
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 : NOUTEAL

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2023

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
2023/02/26	Audiogramme	85 ^{es} Canadien		C Ferrier #6667

Claudia Ferrier M.Sc.
 Audiologiste
 Permis # 0667

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

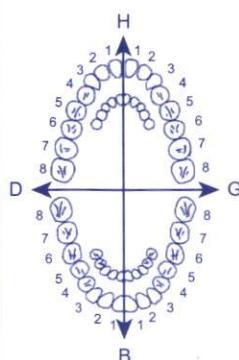
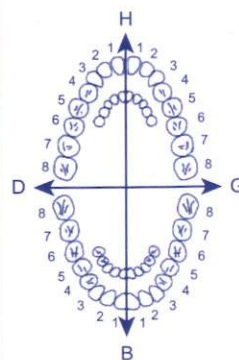
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Claudia Ferrier, M.Sc.A.
Audiologiste
 O.O.A.Q. #667

☒ **déciBel**

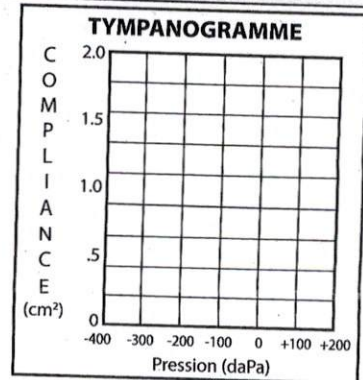
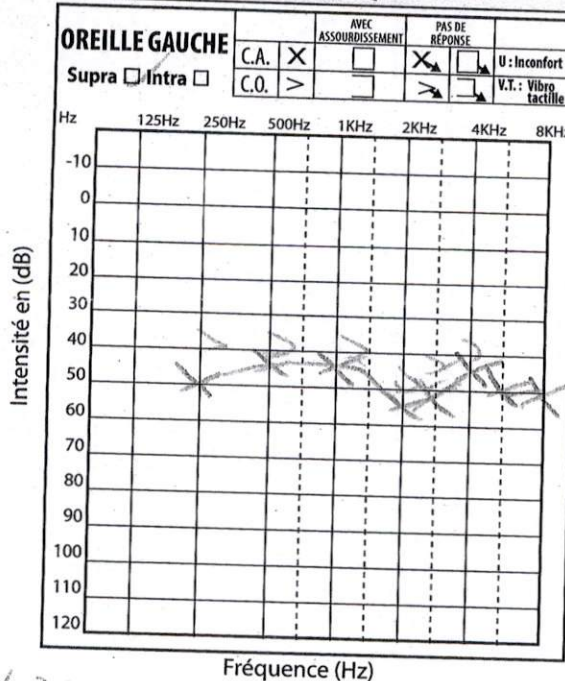
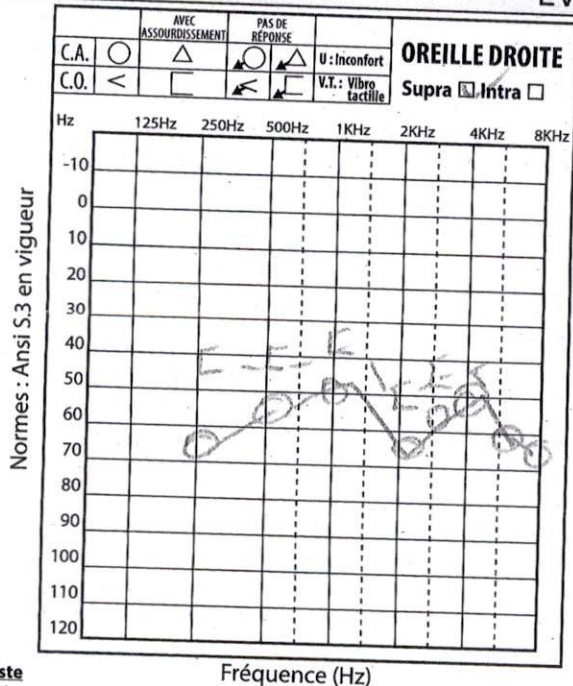
5866, rue Sherbrooke Est
 Montréal, QC H1N 1B5
 Tél. : 514 251-1333 | Téléc. : 514 256-4004

☐ **déciBel**

380, boul. Labelle bureau 201
 Rosemère, QC J7A 3R8
 Tél. : 450 979-1127 | Téléc. : 450 979-3424

Nom : Tayeb Cherifi ☐ F ☒ M D.N. : 01-01-1950 Référence : 4

ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE



VOLUME C.A.E. (ml)	PRESSION (daPa)	COMPLIANCE C.C.
O.D.		2.00
O.G.		1.80
		1.00
		.80
		.40
		.30
		.20
		.10
		O.D. O.G.

- Liste**
 Enfant ☐
 Adulte ☒
 Français ☒
 Anglais ☐
 Voix nue ☒
 Enregistrement ☐

Audiomètre : 622

Impédancemètre : _____

Anglais	<input type="checkbox"/>	Décibels (dB)					% d'identification de la parole (Liste)		
Voix nue	<input checked="" type="checkbox"/>	Moyenne sons purs (MSP)		Seuil de réception de la parole (SRP)	Niveau confort (dB)	Niveau inconfort (dB)	Au niveau		
Enregistrement	<input type="checkbox"/>	0,5-1-2 kHz	0,5-1-2-4 kHz				confortable	conversationnel (55 dB)	Avec bruit ipsi S/B =
Oreille droite		57dB		50dB	75dB	68%			
Oreille gauche		48dB		45dB	70dB	64%			
En présentation binaurale				45dB	70dB	76%			
Validité des données									

Validité des réponses ☒ Bonne ☐ Moyenne ☐ Faible ☐ Repos sonore adéquat

Motif de consultation / Histoire de cas : perdus 2021 (marche) d'algues cotées
Surdité pour pilote de ligne.

Résultats et conclusions audiologiques :
OD. Hypoacousie mixte à mod/severe mixte
OG. Hypoacousie mod/severe
Identification de la parole possible
OD et OG

Plan d'intervention / Recommandations : rec. Vérification et ajustement
des lunettes de vision

- ☒ Évaluation globale des besoins réalisée
☒ Stratégies de communications discutées

Date : 2023-10-20 C.C. : audiot Signature : C Ferrier #667

déciBel

Claudia Ferrier, M. Sc. A. #0667
Audiologiste

☒ MONTRÉAL • 514 251-1333
5866, rue Sherbrooke Est
Montréal (Qc) H1N 1B5

☐ ROSEMÈRE • 450 979-1127
380, boul. Labelle, bureau 201
Rosemère (Qc) J7A 3R8

REÇU DE :

Tayeb Cherifi

DATE :

2023-10-26

☒ ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE
COMPLÈTE

☐ IMPÉDANCEMÉTRIE

☐ FORMULAIRES

☐ ÉVALUATION GLOBALE
DES BESOINS

☐ ÉVALUATION DE PROTHÈSES

☐ AUTRES

☐ CHÈQUE

☐ VISA / MASTER CARD

☒ COMPTANT

☐ DÉBIT

MONTANT TOTAL :

85.00

SIGNATURE :

C Ferrier #0667