

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-444553

ND = 43132

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>02583</u>	Société : <u>Getrauté</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>Boukili</u>
Nom & Prénom : <u>Roukili RIN</u>			
Date de naissance : <u>05.05.56</u>			
Adresse : <u>16 Rue Sodar El Kabbia</u>			
Tél. : <u>0619600003</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr Ratima Zohra OUAZZANI			
ORL			
75 Rue Boukraa Casablanca			
Tél. 05 22 47 31 70			
GSM 06 62 62 02 20			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>15.1.2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Roukili RIN</u> Age : <u>63</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>AT</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Maladie</u>			
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 : 26/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26 Août 2011	2011	6	3000	INP : 11111111111111111111111111111111 Signature Zouha OUAZZANI ORL 5, Rue Boutraz Casablanca Tél. 0524 247 31 70 Fax 0524 26 66 02 20

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Alissas - HAD SOUAIFI Dr A. ALISSAS - ETGRINE Dr A. ALISSAS - HAD SOUAIFI	26/08/2020	206, 20 dh

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

ure de tous

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OR

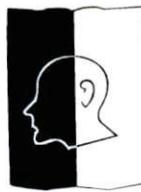
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Casablanca, le : ..... 26/08/2020 .....

**Mlle BOUKILI Rim**

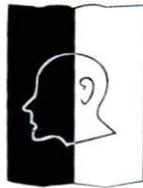
دوائية العالية 2 سوالم  
Dr. ANAS BEYGRINE  
Lot. et. Alia -HAD SOUALEM  
36,90 Pharmacie Alia 2 SOUALEM  
APLEVAX  
1 comprimé le soir, pendant 15 jours  
75,1 NAZAIR  
2 pulvérisations matin et soir, pendant 10 jours  
19,40 ANTIBIOSYNALAR  
5 gouttes 3 fois par jour, pendant 6 jours  
14,80 DOLOSTOP1G  
1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 2 jours  
Total : 206,10 dh.

دوائية العالية 2 سوالم  
Pharmacie Alia 2 SOUALEM  
Dr. ANAS BEYGRINE  
Lot. et. Alia -HAD SOUALEM  
96,90  
LOT: GA91189  
PER: 11/2021  
PPV: 75 DH 00  
19,40  
14,80  
Dr. ANAS BEYGRINE  
Lot. et. Alia -HAD SOUALEM  
GSM: 06 62 62 02 20  
Tél. 05 22 47 31 70  
une Boukraa Sesababine  
Dr. Zohra OUAZZANI  
14,80

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكرا - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70 : الهاتف



Casablanca, le : ..... 26/08/2020 .....

NOTE D'HONORAIRES

**Mme BOUKILI Rim**

<u>Actes</u>	<u>Montant</u>
consultation	300,00
Lavage d'oreille bil	300,00
Audiogramme+Impedancemetric	600,00
<b>Total :</b>	<b>1 200,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

**MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI  
175 Rue Boukraa, Casablanca  
GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع -زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

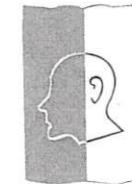
Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

الهاتف : GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70

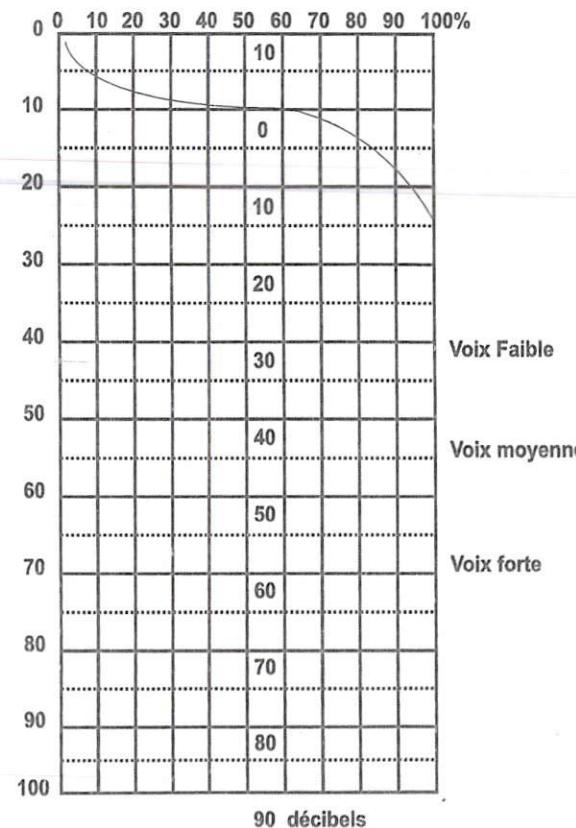
# AUDIOMETRIE VOCALE

Dr Fatima-Zohra OUAZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE CERVICO - FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني  
أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة  
العنق والوجه



Binaurale : NOIR  
Monaurale droite : ROUGE  
Monaurale gauche : BLEU

PERTE VOCALE BINAURALE EN db .....  
PERTE VOCALE { OD - .....  
OG - .....  
MONAURALE

OBSERVATIONS :



# AUDIOMETRIE

Date 26 Aout 2020

Nom : Rouacil

Prénom : Rid

Adresse : .....

Profession : .....

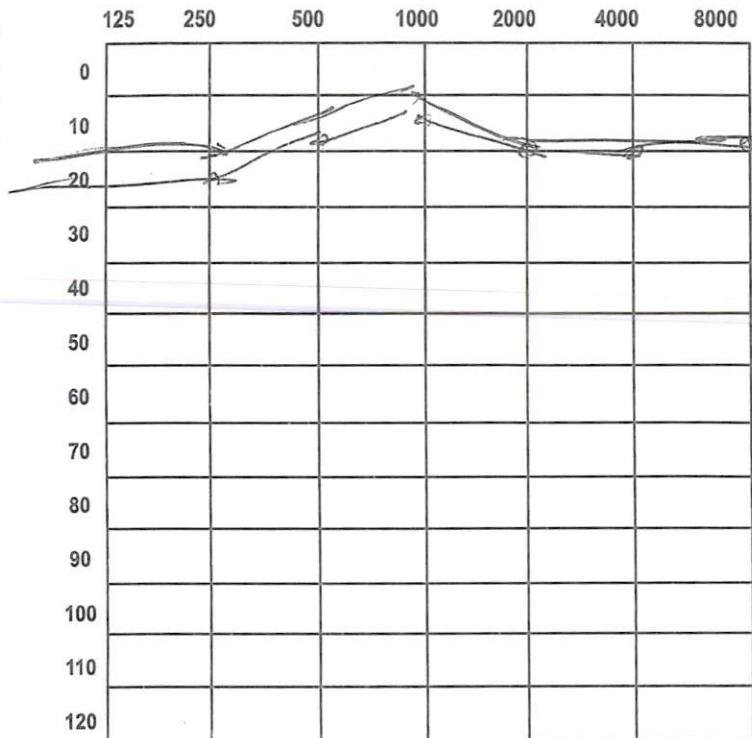
Sexe : ..... Age : .....

## Observation clinique

OD

## AUDIOMETRIE TO

G



CDA-COR

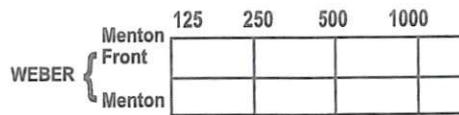
+ + =

## PERTE AUDITIVE

O.D.	O.G.
500	
1000	
2000	
4000	
TOTAUX	

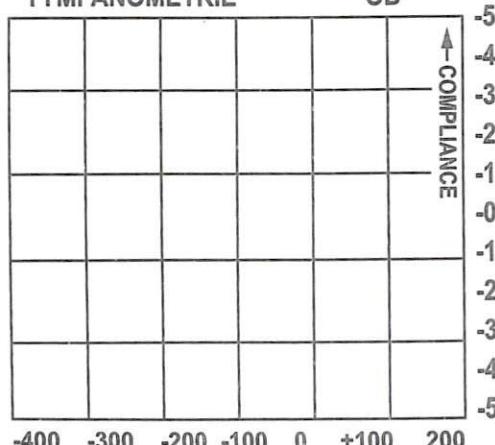
## DEFICIT BINAURAL

$$\begin{aligned} B.O. &\dots \times 7 = \\ M.O. &\dots \times 8 = \\ &= \dots \% \end{aligned}$$



## TYMPANOMETRIE

OD



↑ COMPLIANCE

## IMPEDANC

G  
0  
-5  
-4  
-3  
-2  
-1  
-0  
-1  
-2  
-3  
-4  
-5

## REFLEXES STAPEDIE

OD

Contra	Ipsi	
dB + 0	Db + 0	500 Hz
dB + 0	Db + 0	1000 Hz
dB + 0	Db + 0	2000 Hz
dB + 0	Db + 0	4000 Hz
OG	OG	Stimulation
OD	OD	Reflexe

OG OD

AT236

## Select Data Printout

Id No.: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Country: \_\_\_\_\_

Printed: \_\_\_\_\_

Binaural: \_\_\_\_\_

Examiner: \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

126 AOUT 2020