

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

N° P19- 065305

Optique **14787** Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 00819	Société : RAMI Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MAKOUT Bouchaib		
Date de naissance : 01-07-1944		
Adresse : Hay Salam Lot ECHERIS Rue 507 CASABLANCA		
Tél. : 06670489 07 Total des frais engagés : 14.22.80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 DR. MAKOUT BOUCHAIB		
Date de consultation : 13/10/2020		
Nom et prénom du malade : MAKOUT Bouchaib Age :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
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 : **13/10/2020 CASA**

Signature de l'adhérent(e) :



Le : **21/10/2020**



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
13/10/19	5 ftc5	1,00		
13/10/19	1ch + ftc5	500		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/2022	529.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Casablanca le 13/10/2020

Casablanca, le

Monsieur BOUCHAIB MAKOUT

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

21.30 x 6

TANAKAN Cp *AS*

1 cp matin et soir pendant 3 mois

95.00

EXTRAMAG

1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

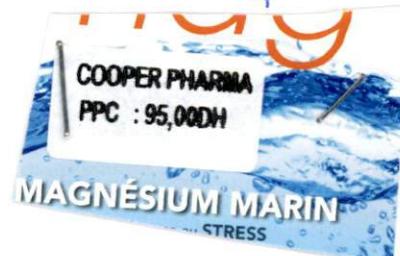
AS

522.80

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
ORL
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 65
INPE : 091040949

~~Pharmacie SOUMIA
Mme Benbrahim E.P. Skour
274, 7^{me} Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022.36.01.14~~



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
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069



A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

D.A/cont

B-
C-
D-

Le AB/10/20

Renseignements cliniques :

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

P E A

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Dr. H. CHEILLY
O.R.L. et Explorations
Centre ORL de Diagnose et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tel : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85



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
A+I

Le 13.11.12

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

De Mr, Melle, Mme

N. A. / A. / B. / C. / D. / E. / F. / G. / H. / I. / J. / K. / L. / M. / N. / O. / P. / Q. / R. / S. / T. / U. / V. / W. / X. / Y. / Z. /

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

H. CHELLY
O.R.L.
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C. O. D. E. A. L. F. A. R. B. I. C. A. S. A. B. A. N. C. A
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casablanca
Tel: 022 47 20 20 - Fax: 022 20 18 85
INPE: 0910000949

8



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراري
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

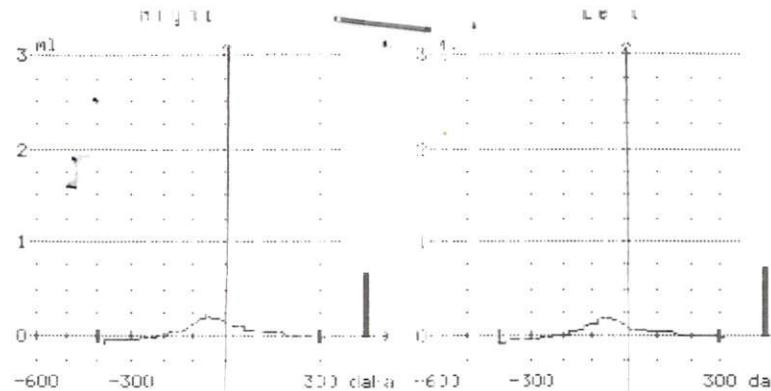
Le 13/10/20

Reçu la somme de 400

De Mr, Melle, Mme *Alcatraz or Cugib*

Pour consultation ORL (C2) + (K5) pour microaspiration pour bouchon de cérumen

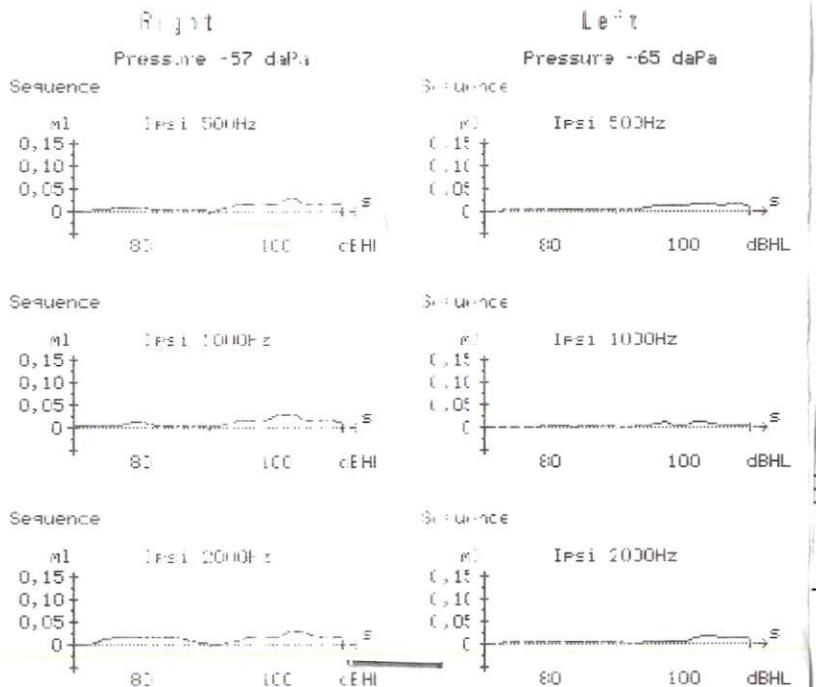
... Club i.B
ation pour
rumen
CIELLY
P.R.
O. Ligne et Explorations
Télé: 05 55 22 00 85
C.O.D.B. 10000
TANDEM
Rouffignac - Cossac
Angle Rue Jeanne d'Arc
Tel: 05 55 22 00 85
Fax: 05 55 22 00 85
0910 00 85



Ear Volume 0.65 ml
Compliance 0.21 ml
Pressure -57 daPa
Gradient 0.07 ml

Ear Volume 0.74 ml
Compliance 0.21 ml
Pressure -63 daPa
Gradient 0.08 ml

Reflex



AUDIOGRAMME

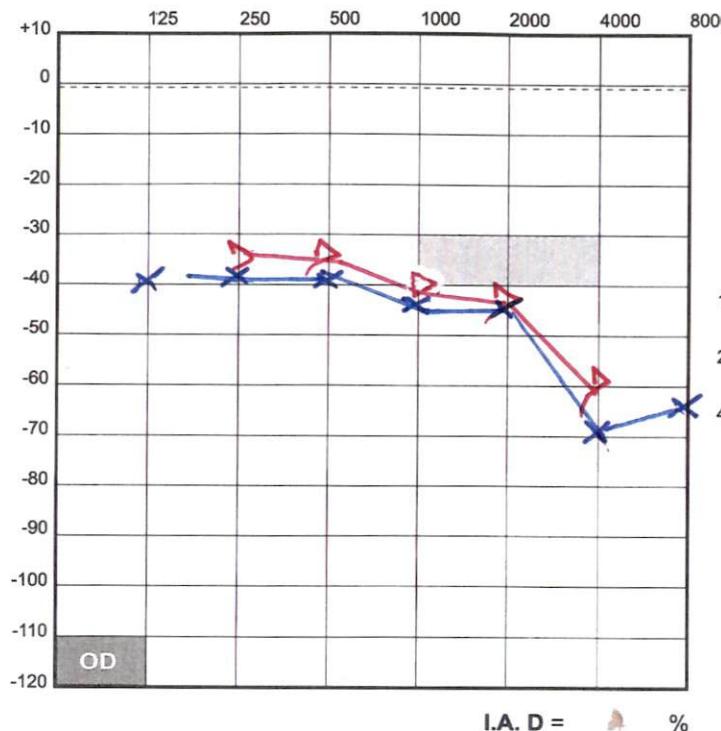
NOM NAKOUT

Prénom bouchsib

Date de naissance Date d'examen 15 OCT. 2020

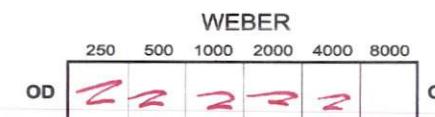
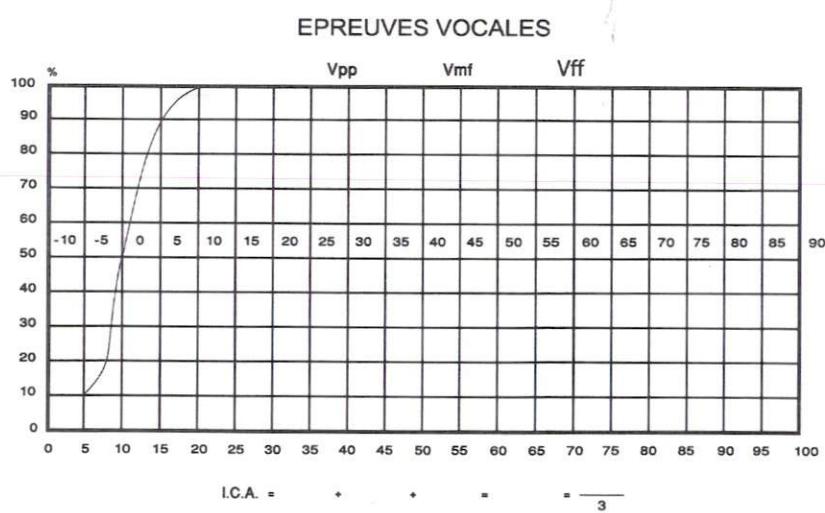
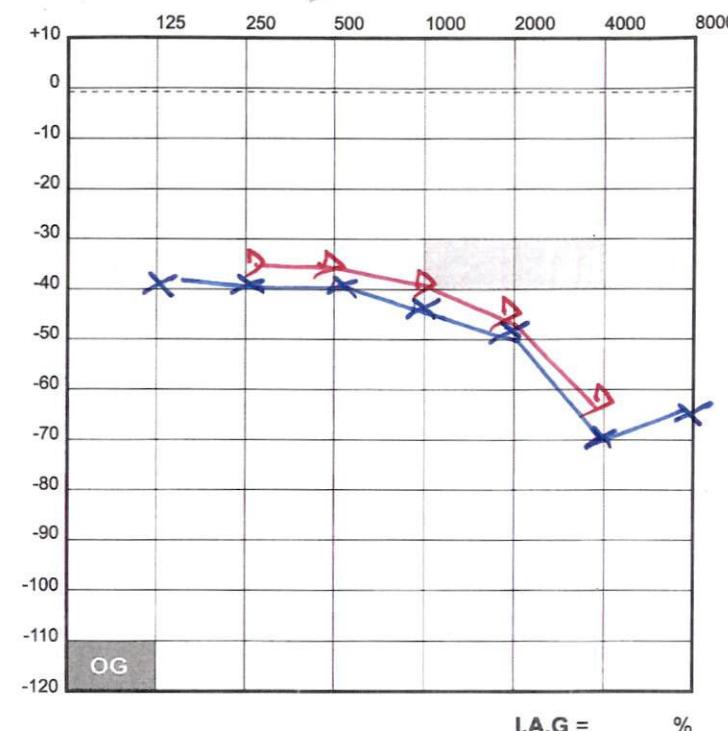
Observations

Dr. N. CODE AL FARABI Diagnostic & Explorations
Centre ORL Diagnostic & Explorations
Dr. N. CODE AL FARABI Diagnostic & Explorations
Centre ORL Diagnostic & Explorations



PERTE AUDITIVE

OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	46.5 db
	48 db



OD : Oreille droite
 OG : Oreille gauche
 PAM : Perte auditive moyenne
 I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

