

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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° P19- 065305

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00819 Société : RAM Retraité

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKOUT BOUCHAIB

Date de naissance : 01-07-1944

Adresse : Hay Salam Lot ECHERIS Rue 5 n°7

CASABLANCA

Tél. : 0667048907 Total des frais engagés : 1422,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2020

Nom et prénom du malade : MAKOUT BOUCHAIB Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 Le : 21/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/12/22		5 + 105	6,00	
13/12/22		10 + 105	500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/22	522.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

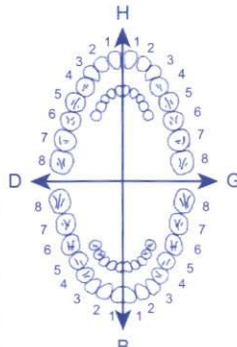
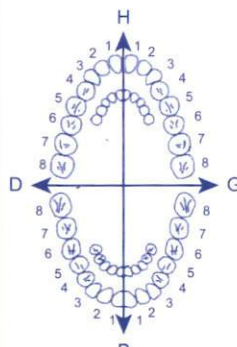
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

71,30

code

AL FARABI

71,30

مركز فحص وتشخيص امراض الانف 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 AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS
Allergologue

TANAKAN Cp ^{4s}
1 cp matin et soir pendant 3 mois

EXTRAMAG
1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

Professeur H. CHELLY

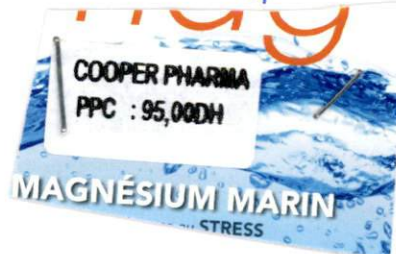
Pr. H. CHELLY

O.R.L.
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 30 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949



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

Pharmacie SOFHA
M. Benbrahim Ep. Skouri
214, Bd. Ibnou Sina - CASA
Tél : 022.36.01.54



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
التفحص والتشخيص

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي
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

DA/cwt

B-CA

Le

10/10/20

Renseignements cliniques :

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☐ P E A

☐ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐ MANŒUVRES POSITIONNELLES

Pr. H. CHELLY
Centre ORL de Diagnostic & Explorations
C.O.D.E.A.L. F.M.A.D.I. Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casa
Tel : 05 22 47 20 20 / Fax : 05 22 20 18 85
IN.P.E. : 05 22 20 18 85

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفارابي
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

Dr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre d'Explorations et de Diagnostic
C.O.R.L. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85
INPE : 091040943

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

8

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرايبي
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

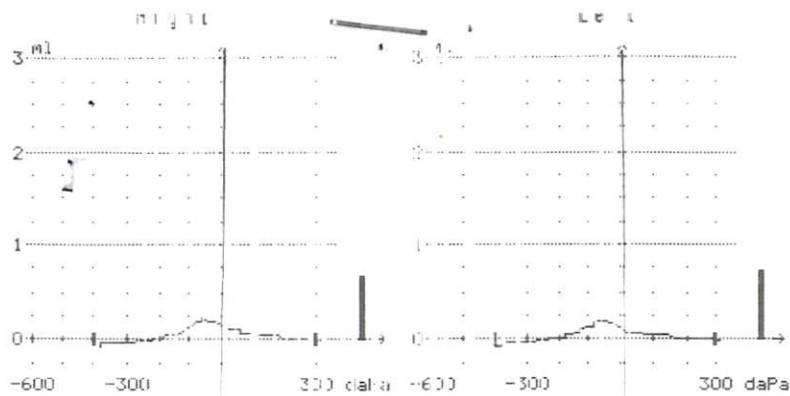
400⁰⁰

De Mr, Melle, Mme

Dr. A. K. B. - C. D. B.

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

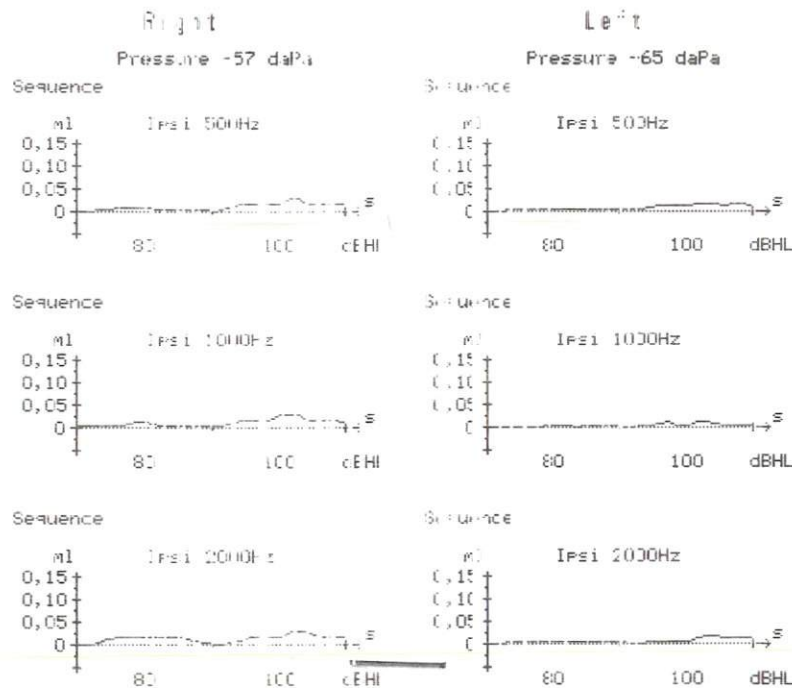
Centre O.R.L. & Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
C.O.D.B. Tél : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85
Dr. A. K. B. - C. D. B.



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

Ear Volume 0.74 ml
Compliance 0.20 ml
Pressure -65 daPa
Gradient 0.08 ml

Reflex



DD

code

AL FARABI

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

AUDIOGRAMME

NOM **MAKOUT**

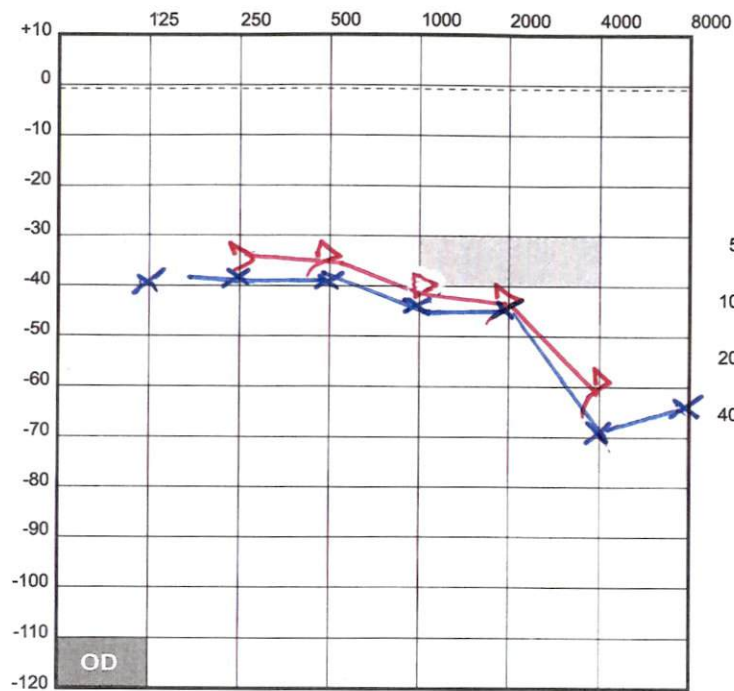
Prénom **bouhsib**

Date de naissance Date d'examen **13 OCT. 2020**

Observations

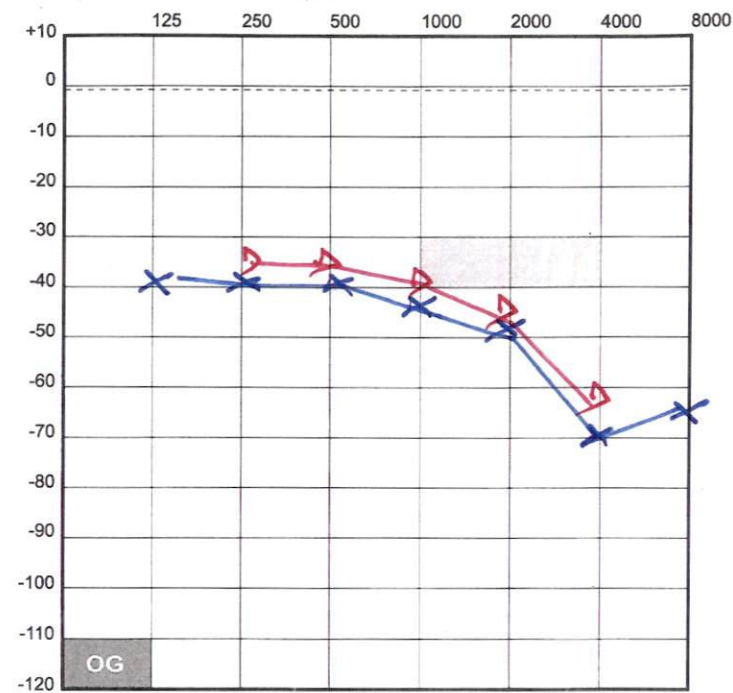
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....





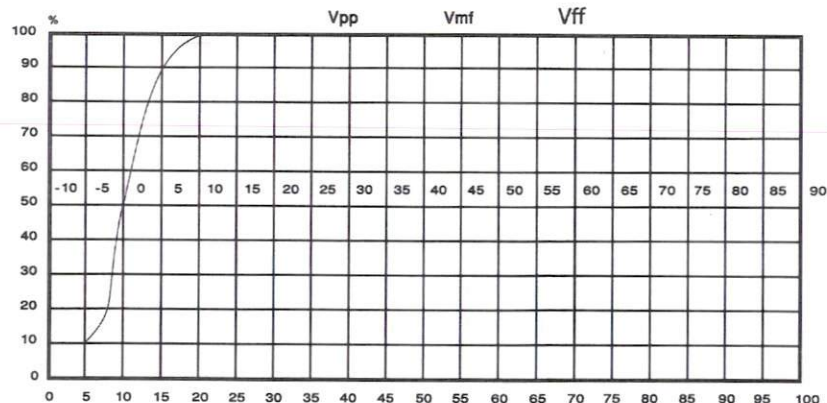
I.A. D = %

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

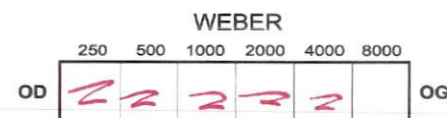


I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + + = = 3



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

