

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *23602*

Matricule : *5245*

Société : *RAT*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENNANI KHIR ABDELRHANY*

Date de naissance : *01/01/1951*

Adresse : *35, RUE AL FOURAT MAARIF CASA*

Tél. : *06 89 23 70 70*

Total des frais engagés : *19 000 DHS* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : *CASAB* Le : *03/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AUDIOVIT g. Bd Ghandi El Jacobub Mansour, Rés du Palais m D - 5ème étage - Casablanca t: 0522 363232 - Fax: 0522 396563	3/3/20	2	Appareil auditif			9500 x 2 = 19 000,- du pays

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 la

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

AC/JP
124

Casablanca le 02/10/2019

Casablanca, le

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Monsieur ABDELRHANI BENNANI KHIR

SURDITE DE PERCEPTION

Seuil à 50 DB à dte

Seuil à 54 DB à gche

396
3

PROTHESES AUDITIVES

Signé : Professeur HESSISSEN M A





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

Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30

FACTURE N° 1820

NOM : BENNANI
PRENOM : ABDELGHANI

1- Application prothétique avec fourniture de :

• **PROTHESE AUDITIVE :**

- Marque de l'appareil : SIEMENS
- Type de l'appareil : INSIO 2PX
- Genre de correction : BINAURALE
- Durée de garantie : 2 ans.

2- Application des prothèses avec éducation prothétique.

3- Assurance du service de contrôle d'efficacité après adaptation.

Prix de l'appareillage : 9.500 x 2 = 19.000 Dhs.

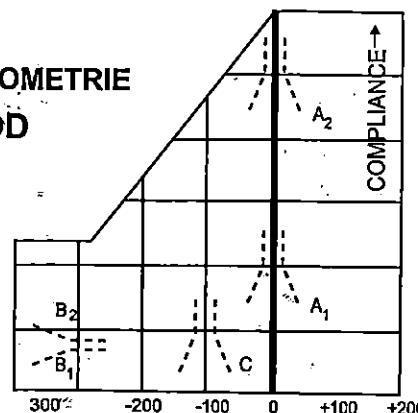
Fait à Casablanca le : 03/03/2020

AUDIOVITAL
Ang, Bd Ghandi Et Bd Yacoub
El Mansour - Béz du Palais
Imm D - Sénia Blage - Casablanca
Tél: 0522 362893 - Fax: 0522 396563

IMPEDANCEMETRIE

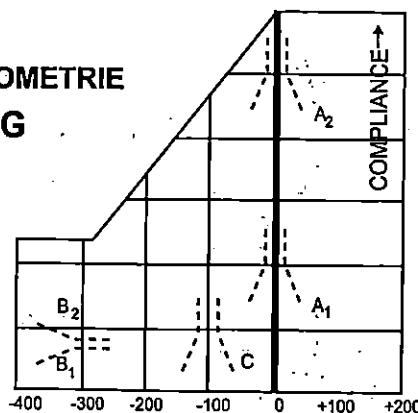
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

Stim OD	Réflexe OG
500 Hz = dB	
1000 Hz = dB	
2000 Hz = dB	

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB
> 15 ans = 80 à 95 dB

Stim OG	Réflexe OD
500 Hz = dB	
1000 Hz = dB	
2000 Hz = dB	

code
AL FARABI

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

AUDIOGRAMME

NOM

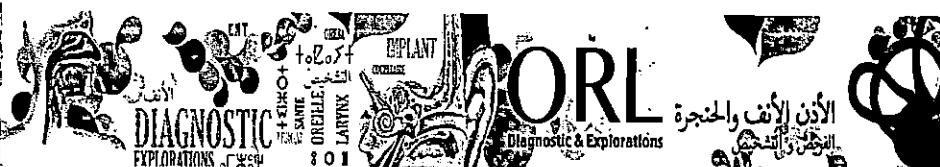
Prénom

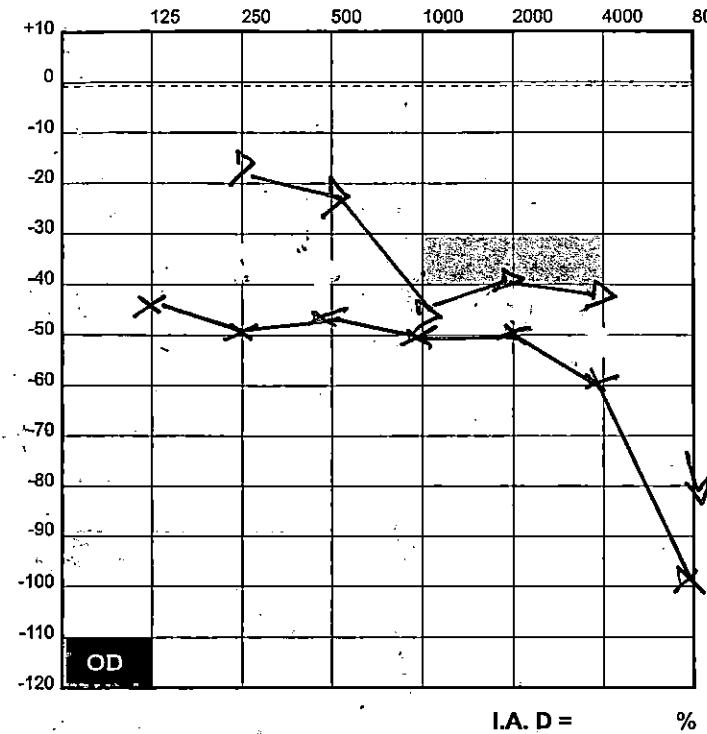
Date de naissance

Date d'examen

02 OCT. 2019

Observations

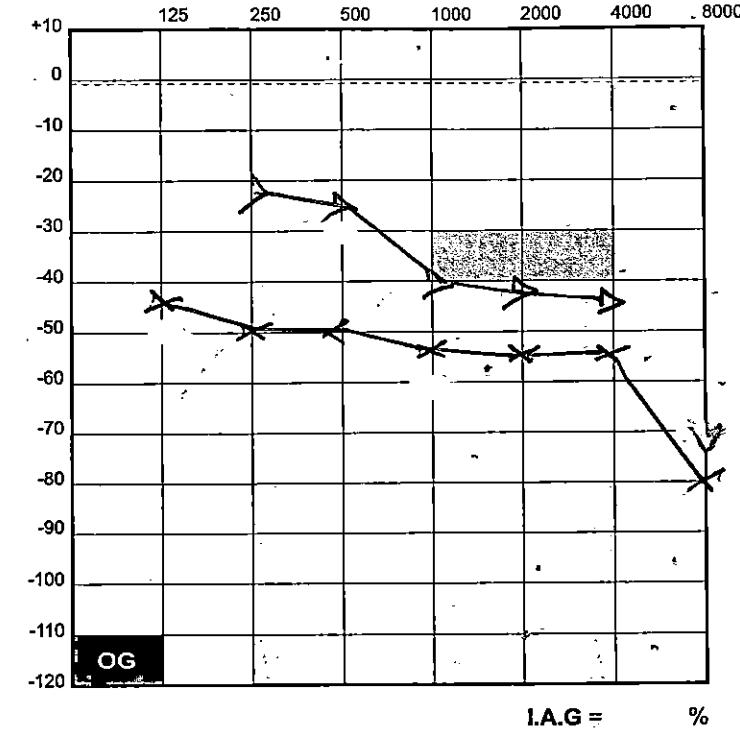




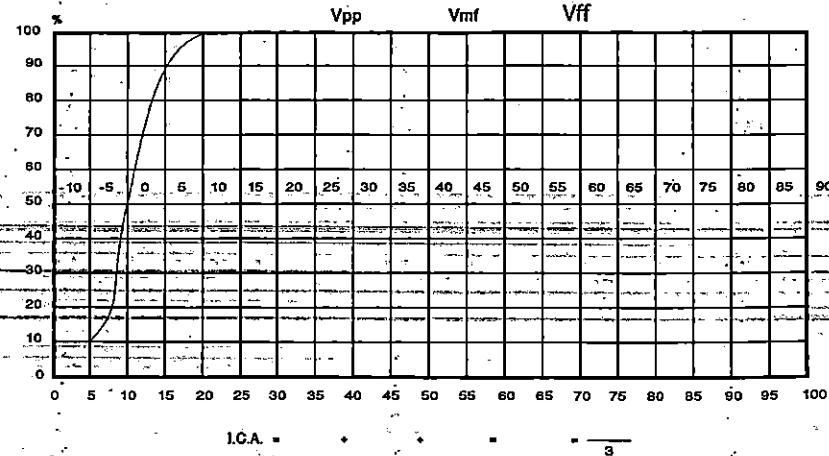
PERTE AUDITIVE

OD	OG
45 db	50 db
50 db	55 db
55 db	55 db
60 db	55 db
60 db	54 db

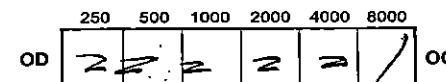
PAM



EPREUVES VOCALES



WEBER



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

ACC
5245
06.09.2019

DEVIS N° 031019

NOM : BENNANI
PRENOM : ABDELGHANI



1- Application prothétique avec fourniture de :

• PROTHESE AUDITIVE :

- Marque de l'appareil : SIEMENS
- Type de l'appareil : SILK 3 NX
- Genre de correction : BINAURALE
- Durée de garantie : 2 ans.

2- Application des prothèses avec éducation prothétique.

3- Assurance du service de contrôle d'efficacité après adaptation.

Prix de l'appareillage : $13.500 \times 2 = 27.000$ Dhs.

Fait à Casablanca le : 08/10/2019

Signature
AUDIOVITAL
Bd Ghandi Et Bd Yacoub El Mansour Rd. Du Palais Immeuble D-5ème Etage Bureau 22 - Casablanca
Téléphone : +212 522 36 32 32 - Email : contact@audiovital.ma - Site : www.audiovital.ma
N° 22 36 32 32 Fax : 0522 39 65 63