

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-614510

62768 *Le cours*

Optique

Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule :	896	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : BOUKHARTA Fatima S.p. HOUTI		
Date de naissance : 1938		
Adresse : 16 Rue de Tanger (48) Casa		
Tél. : 06(61)3360180	Total des frais engagés : 938	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 23/02/2021	
Nom et prénom du malade : Dr BENALI Brahim	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Professeur, Agege en O.R.L.	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Professeur, Agege en O.R.L.	
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 : *Le 22/02/2021* Le : *22/02/2021*  
Signature de l'adhérent(e) : *fb*

**MUPRAS**

4 MARS 2021  
ACCUEIL

## 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
27/2/21	C2 + K2y (Consultation + audiogramme + impedimétrie)		900,00	INP : 031720750
				Dr. BENALI B Arrêté

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LATIF maur, Commune Dar Bouazza kinound. Equipment AB, N° 1 NCA - Tél: 0522.96.15.98	29/09/21	PHARMACIE LATIF Rte d'Azemmour, Commune Dar Bouazza GH, Kasabia kinound. Equipment AB, N° 1 CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.98

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

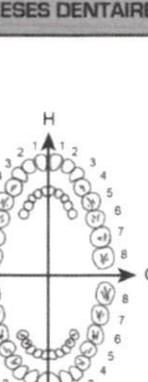
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		35533411		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	G											
		25533412 00000000	21433552 00000000											
		D												
		35533411												
B		G												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Brahim BENALI

## Professeur Agrégé

## Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

## NEZ - GORGE - OREILLES

## CHIRURGIE TETE ET COU

## Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

## SUR RENDEZ-VOUS

24, Rue El Alloussi - Bourgogne  
(Face Clinique Badr)  
Casablanca  
Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11  
Fax : 05.22.29.47.10

الدكتور ابراهيم بنعلي

استاذ میرزا

خريج جامعات ليل واير و كسل

## أمراض الأذن والأنف والحنجرة

حاجة الأس والعنق

## الدورة - الصمع - معالجة الشخص

الموعد

24، زنقة العلوسي، - بوركون

(أمام مصححة بد)

الدلاع والمضاء

39 47 11 / 05 33 39 47 10 — i — 31 : 11

05.22.29.47.10 : 51.31

Casablanca, le 22/21/2021

## Casablanca, le

Casablanca, le 21/20/2021

Fabio

89/9 Date 14/11  
stolbya 2 pul + 2 x 1.  


**PHARMACIE LATIF**  
Rte d'Azemmour, Commune d'Anfa  
G.H. Masskinouna, Etablissement N° 1  
CASABLANCA - Tel: 0522.96.13.98

Dr. BENALI Brahim  
Professeur Agrégé en O.R.L.  
24 Rue El Alouyia 10000  
Casa. Tél.: 05 22 42 42 42  
en O.R.L. Bourgogne /  
Brahim

DR. BENALI  
Professeur d'Algérie  
24 Rue EL Alia  
Casablanca  
Tél.: 05 25 11 11

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05.22.49.23.86

# Docteur Brahim BENALI

Professeur agrégé  
Diplômé des universités de Lille et Bruxelles  
NEZ - GORGE - OREILLES  
CHIRURGIE TETE ET COU  
Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

## CHIRURGIE TETE ET COU

24, Rue El Alloussi – Bourgogne  
(Face clinique Badr)  
Casablanca  
Tel : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11  
Fax : 05 22.49.23.86 / 05 22.29.47.10

Casablanca le, 23/02/2021

## FACTURE

INP 091020750  
IF 41405577  
ICE 001677131000070

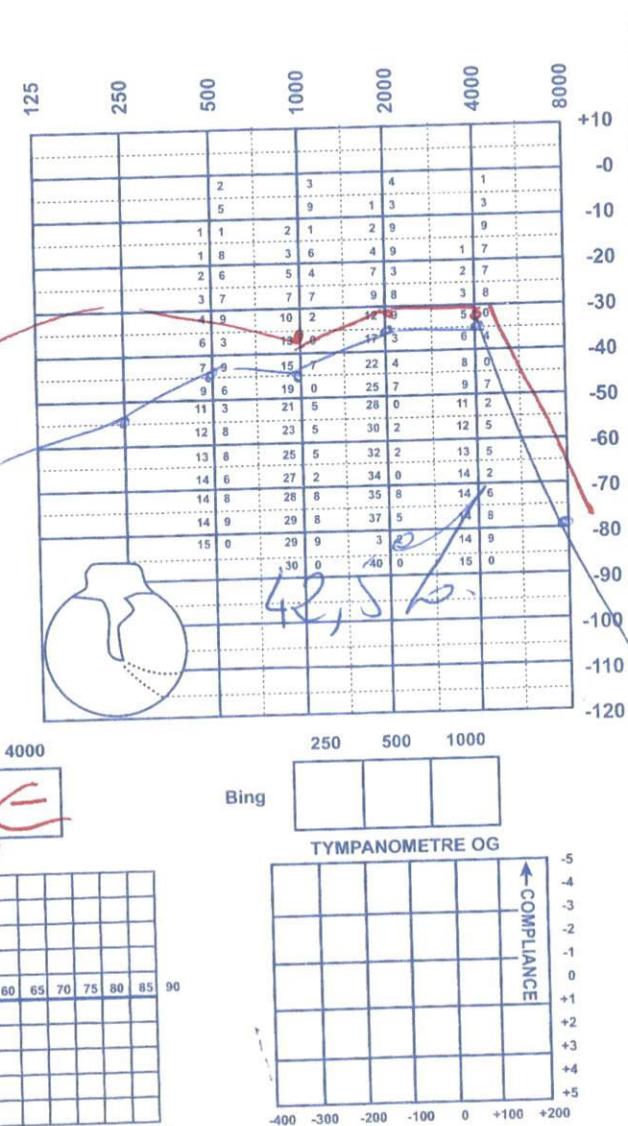
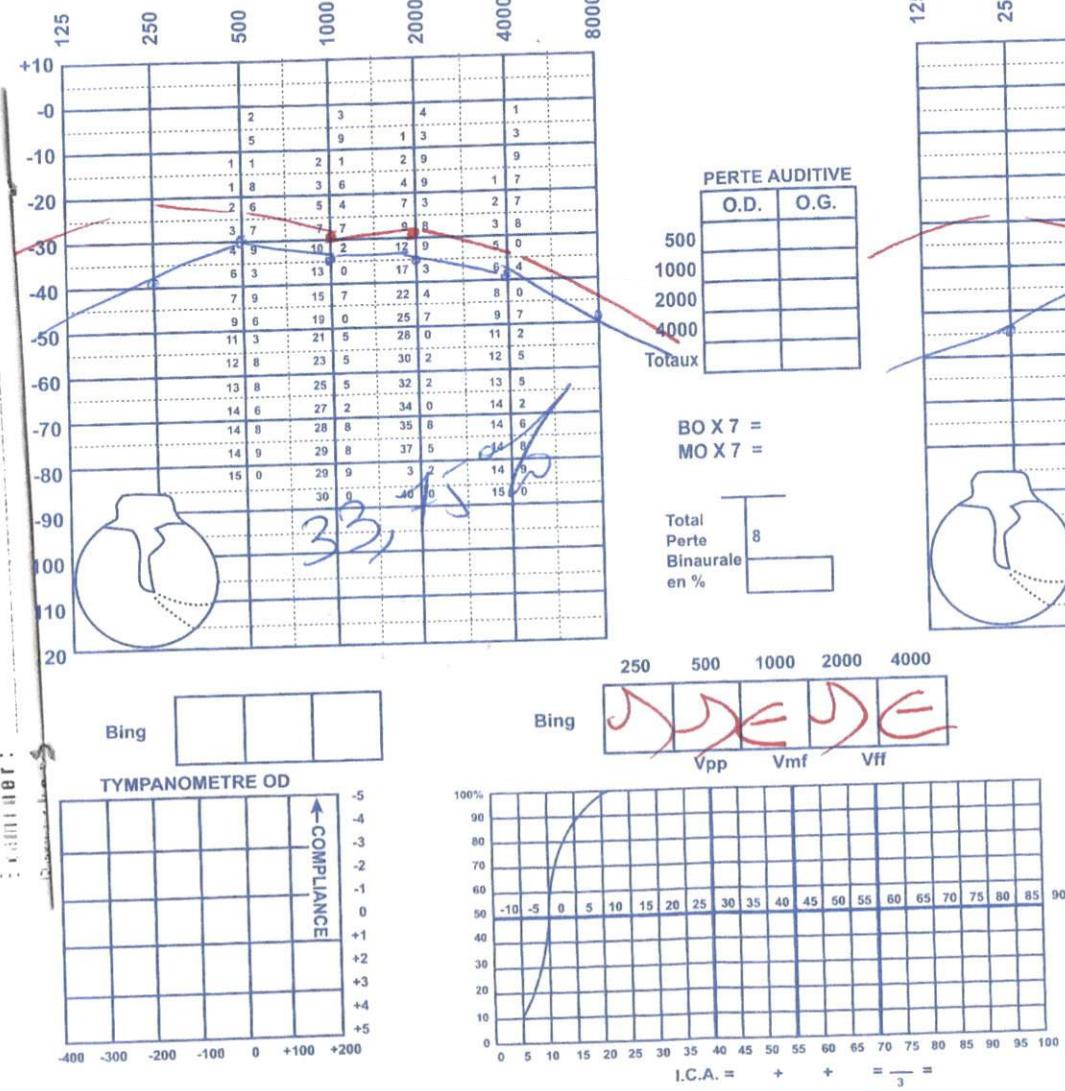
## Madame HOUTI FATIMA

Reçu la somme de :

- Trois cents dirhams (300,00 dhs) pour consultation ORL ;
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-impédancemétrique .

Dr. BENALI Brahim  
Professeur Agrégé en O.R.L.  
24 Rue EL Alloussi Bourgogne  
Casa. Tel: 05 22 29 47 10/11

Id No.:	.....	Date:	.....
Sex:	.....	Age:	.....
Married:	.....	Address:	.....
City:	.....	State:	.....
Country:	.....	Phone:	.....
I declare that the information given above is true to the best of my knowledge.		Signature:	



128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom Houari Prénom Fâlioue

Age..... - Profession.....

Adresse.....

Date ..... 23 February 2021

## AUDIOGRAMME

### OBSERVATIONS :

10/03/2011 Bouygues  
F.L. ALIBOSSI Agence en O.R.L.  
11/10/2011 07/03/2012

## Traitements chirurgicaux

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

Göt

Type de l'intervention :

oWGe: 33,4%  
oGde: 42,5%

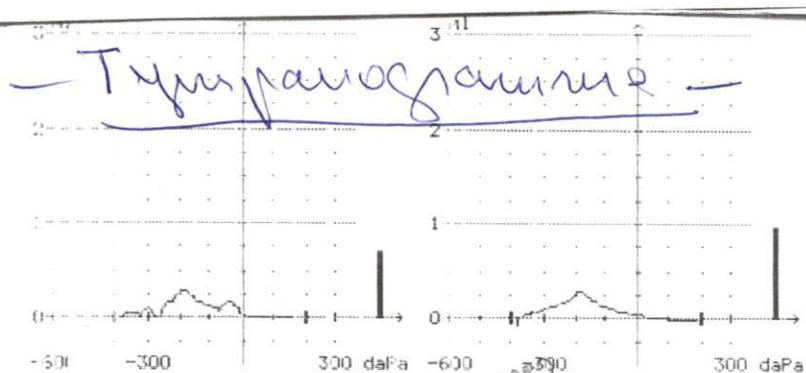
Age : 33,4%  
Sex : H

Adresse : 4 Rue EL Moussi B  
Code Postal : 29229  
Ville : Nantes  
Date : 05/05/2021

## LOGRAMME

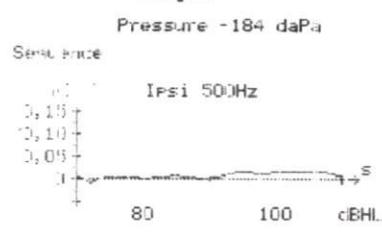
Prénom : Valérie  
Profession :

Date : 05/05/2021

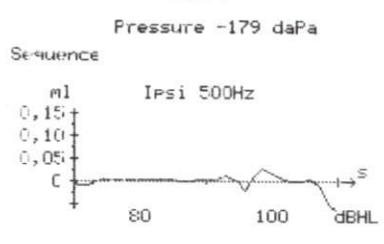


## Reflex

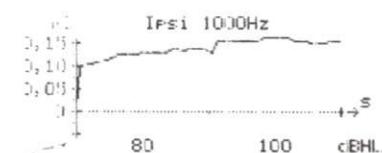
### Right



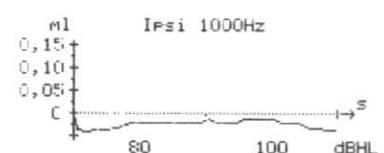
### Left



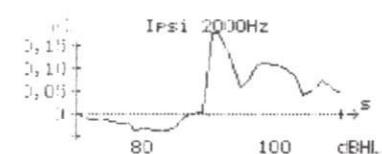
### Sequence



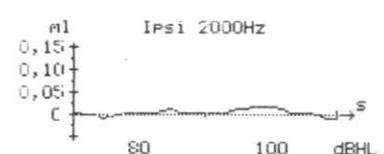
### Sequence



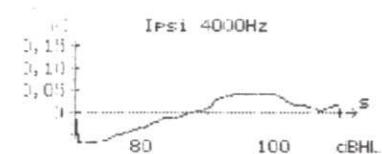
### Sequence



### Sequence



### Sequence



### Sequence

