

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## 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.

## 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)

Nº M20- 0006617

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741

Société : R.A.M (69933)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR SI EL HASSANE

Date de naissance : 26/11/67

Adresse : N°4 Rue N°4 Aéroport 3 Lissakfa

CASA

Tél. : 0661456897

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2021

Nom et prénom du malade : JAAFAR SI EL HASSANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection ocul

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 : CASA

Le : 20/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-06617

69933

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8741

Nom de l'adhérent(e) : JAAFAR

Total des frais engagés : 600+136

Date de dépôt :

## 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
19.4.2021	US 02	300,00		
	AUD Tous Atoxophane	500,00		Dr. Nadia Speciale Chirurgie Cervicale et des Téhorts Cet acte 22.9.2021

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE SARANAZ</b> <u>SARANAZ</u> <u>140 Lot Simraida Lissasfa</u> <u>Cashblanca</u> <u>Tél/Fax: 05 22 65 20 07</u>	13/04/2021	135,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLÔMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION  
DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L

Officier Médecin (ER) des Forces Armées Royales

Ancienne Résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

Sur Rendez - Vous

## الدكتورة نادية أماروش

اختصاصية في أمراض وجرحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق  
طبية ضابطة (م.ع) بالقوات المسلحة الملكية  
مقيمة سابقًا بالأكاديمية الطبية بباريس  
عضوة بالأكاديمية الدولية لفزيولوجية الأذن والدماغ والجهاز العصبي  
بالموعد

19/04/2021

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في : .....

## Monsieur JAAFAR Si el hassane

58,50

HYDROXO 5000

1 Injection un jour sur deux en IM (4 injections en total).

40,00

LECTIL

1 Comprimé le midi après le repas pendant 2 mois

36,70

ANXIOL

1/2 Comprimé le soir après le repas pendant 2 mois

135,20

PHARMACIE SARANAZ  
SARANAZ  
140 Lot. Almraida Lissasfa  
Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 65 20 07

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
26 Rue des Tabors - OASIS  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 98 23 27

Cette prescription comporte 3 spécialités

cabinetrlna@outlook.com

زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 00 - الفاكس : 05 22 98 23 27  
26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00

LECTIL® 16 mg

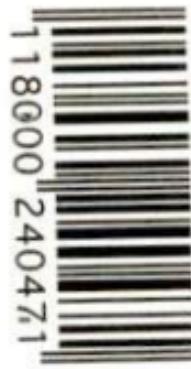
Bétahistine (dichlorhydrate)

30 Comprimés sécables

PROMOPHARM S.A.



6



Lectil 16 mg  
 بيتا-هيستين (دكلورهدرات)  
 30 قرصا قابلة للكسر

112  
Qa Joh

عن طريق الفم





hydroxo 5000

4 Ampoules Inj ectables

des laboratoires ANPHAR-ROLLAND (France)  
21, Rue des Oudabas - Casablanca  
Fribourg au Maroc sous licence  
Laboratoires LAPROPHAN S.A.

16x6x7,5  
3

# hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 07/2023  
LOT 06003 1

هيدروكسوكوبالامين 5000

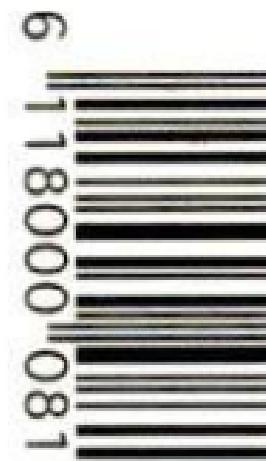
250908F47234E030314

30 قرصاً قابلة  
للكسر على اربع

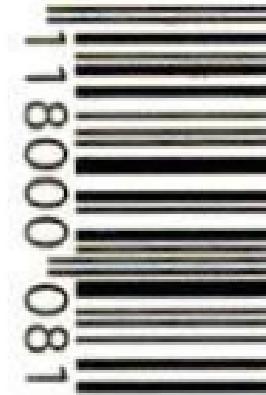
آنسيول®

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables



6



118000081111

ANXIOL®  
Bromazepam

30 Comprimés  
quadrisécables

36,70

برومازيبام  
6 mg

عن طريق الفم



سيماكس المغاربة  
SIPMACO MAROC

العنوان: 100 شارع محمد السادس، الدار البيضاء، المغرب

SI EL HASSANE JAAFAR

Homme

Âge:53

Date de Naissance:26/11/1967

Date du Rapport: 19/04/2021

Testeur:

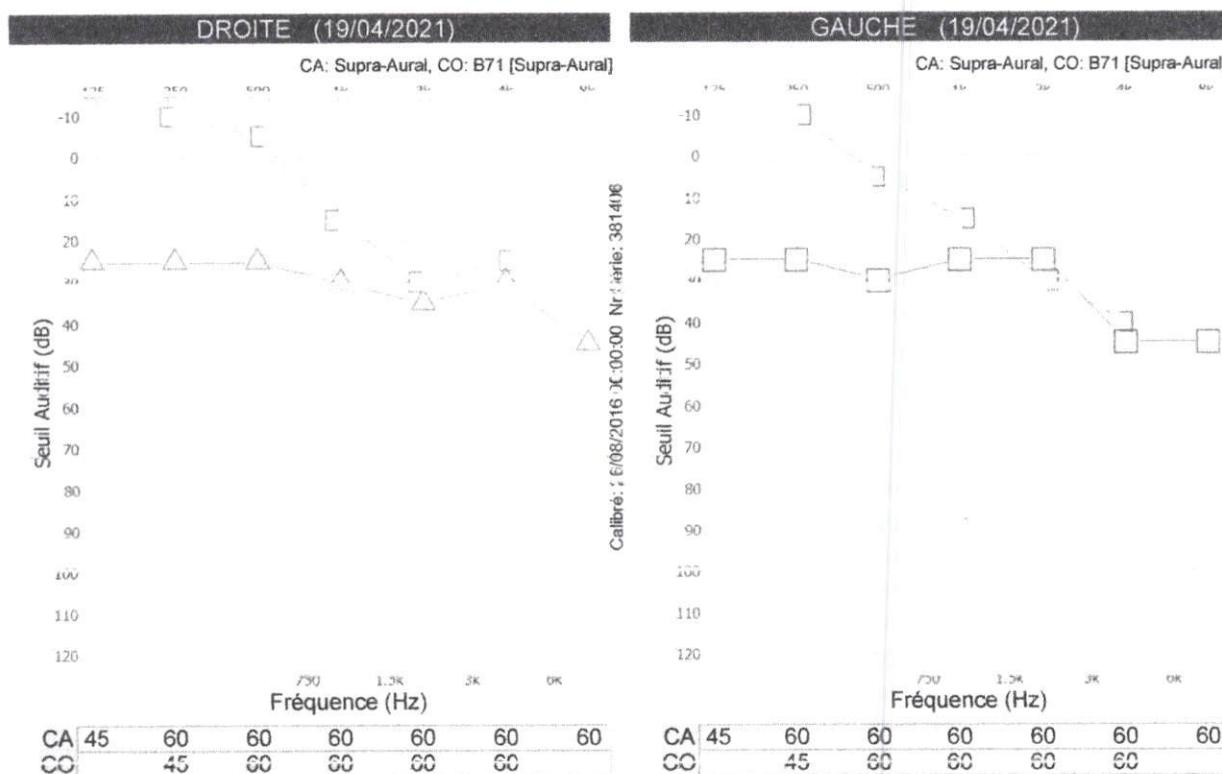
Commentaires du rapport:

Compte Rendu Audiogramme:

Surdité de transmission sur les fréquences graves à 25 db en bilatérale.

Audiogramme avec maskage à 60 db

Acouphène en bilatérale sur le 8000 hz à 48 db à droite et à 45 db à gauche.



## PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	30	13	
G	26	16	

Fiabilité

Vocale	CDT		CRT		WRC / CRC 1		WRC / CRC 2		MCL		UCL			
	dB HL	[m]	dB HL	[m]	%	dB HL	[m]	N/S	%	dB HL	[m]	N/S	dB HL	dB HL
D														
G														
Binaur														
Note	1					2								
Appar.														
Note	1					2								

## Légende

G	D	Masqué
CA	—	CA
CO	—	CO
CL	—	CL
MCL	—	MCL
UCL	—	UCL
NR	—	NR

PTA CA: 500, 1K, 2K  
CO: 500, 1K, 2K

Signé par:

Dr. Nadia AMAROUSSI  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Z. 20, 21, 22, 23, 24, 25  
CASABLANCA  
Tél: 0524 48 21 27

**Dr AMAROUCH Nadia**  
**Oto-rhino-laryngologie**  
*Diplômée en Physiopathologie et exploration  
des fonctions neurosensorielles O.R.L.*  
*Officier Médecin (E.R) des forces armées Royales*  
*Ancienne résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris*

CASABLANCA le 19/04/2021

**FACTURE**

Monsieur JAAFAR Si el hassane

EXAMEN : CONSULTATION + (AUDIOGRAMME TONAL +  
ACOUPHENOMETRIE)

COTATION : V2+ (K20+K20/2)

HONORAIRES : 300DH + 500 DH

TOTAL : 800,00DH

(HUIT CENT DIRHAMS)

Cachet et signature du médecin

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Faciale  
26, Rue des Tabors - Oasis  
CASABLANCA  
Tél: 05.22.98.23.27