

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0022897

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10141 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : IDRISSE Zineb Date de naissance : 29/06/1974
Adresse : 198 Bis Angle RUE EL JADIDA et Rue EL HADJOU
Tél. : 0663129978 Total des frais engagés : 1134,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2021
Nom et prénom du malade : IDRISSE ZINEB Age : 47 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL
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 : Casablanca Le : 27/02/21
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022897

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 : 10141
Nom de l'adhérent(e) : IDRISSE Zineb
Total des frais engagés : 1134
Date de dépôt :

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
09/02/21		12	3000	
50				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092030949	09/02/2021	334,50

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

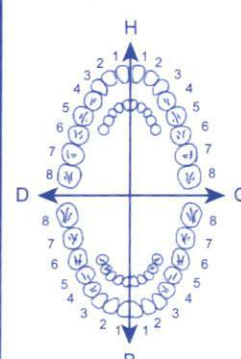
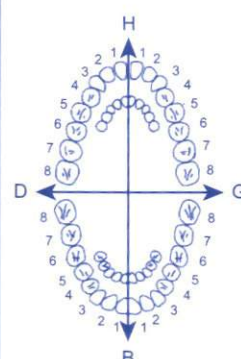
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA

SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

0- IDRISS

2.12.21

CASA

4

9/2/21

M0,30

4 METANAL



1 f. 141 2 - is

4 CUTEK CP



88,30

50,30 4 1551 - 111 3 - 12

4 RHINOCLAY A PUCKER

2 f. 144 2 - is

4 clail - Fute



86,30

2 f. 147 105

334,30

Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en ORL
Clinique ORL - Beausejour
100, Bd. Ghandi - Casablanca

Lot

T004683

EXP

10-02-2022

← 86, 50

LOT: GA00611

PER: 06/2022

PPV: 110 DH 00



PPV: 88DH00

PER: 06/23

LOT: J1734-2

PPV: 50DH00

PER: 06/23

LOT: J1733

N Dossier:
Nom de famille:
Prénom:

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens



CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSÉJOUR

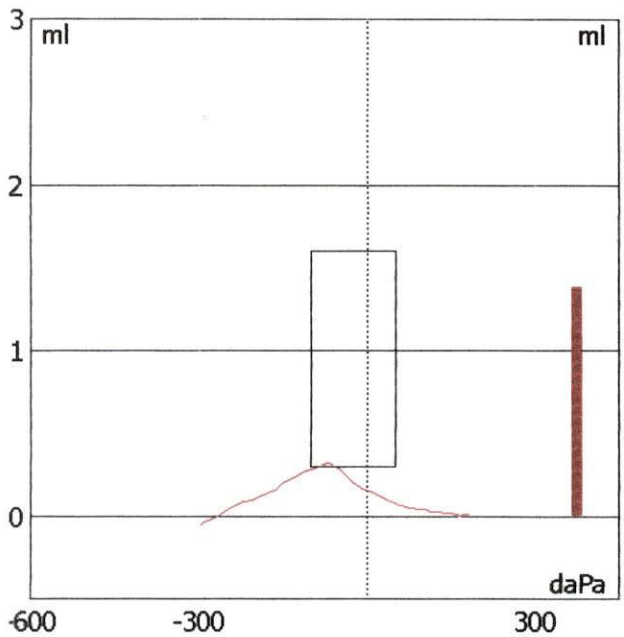
09/02/2021 16:19:24

Droite

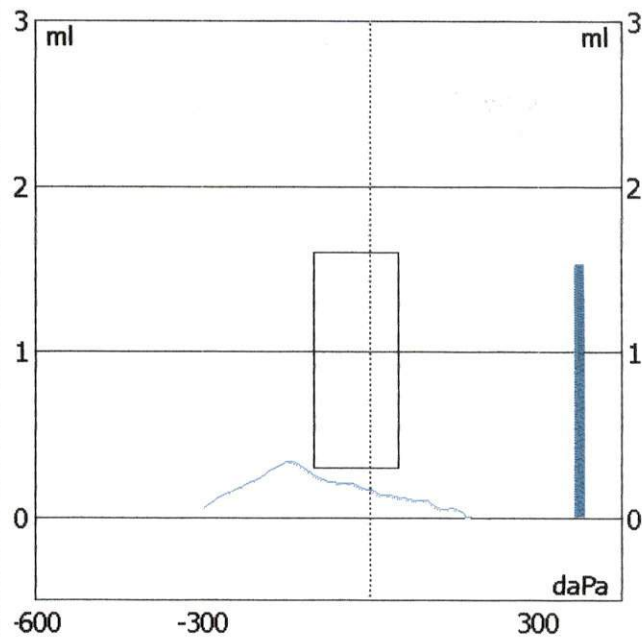
Tymp 226 Hz

Gauche

226 Hz

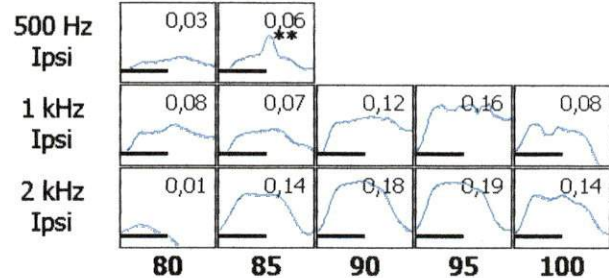
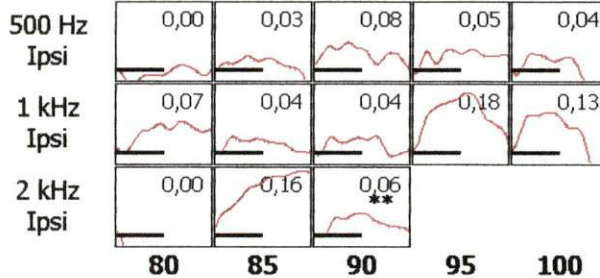


Volume (ml) 1,37 Pression (daPa) -71
Compliance (ml) 0,31 Gradient (daPa) 154

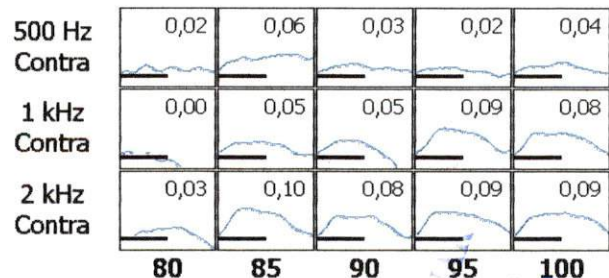
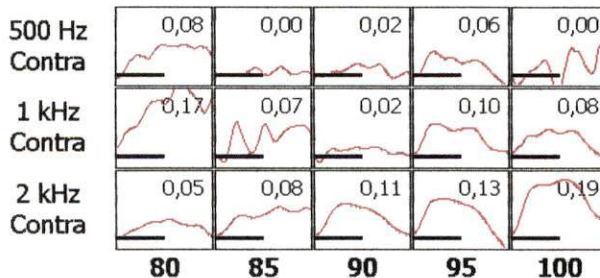


Volume (ml) 1,52 Pression (daPa) -141
Compliance (ml) 0,34 Gradient (daPa) 223

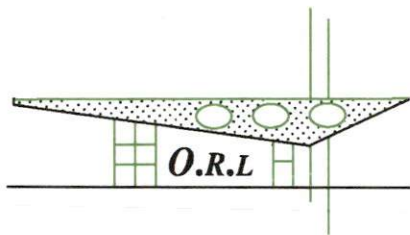
Reflexe ipsi



Réflexe contro



Docteur F. MEKOU
Spécialiste en ORL
Clinique ORL - Beauséjour
198, Bd. Ghandi - Casablanca



AUDIOGRAMME

Nom :

IDRISI

Prénom :

ZINEB

Age :

29/06 1974

Profession :

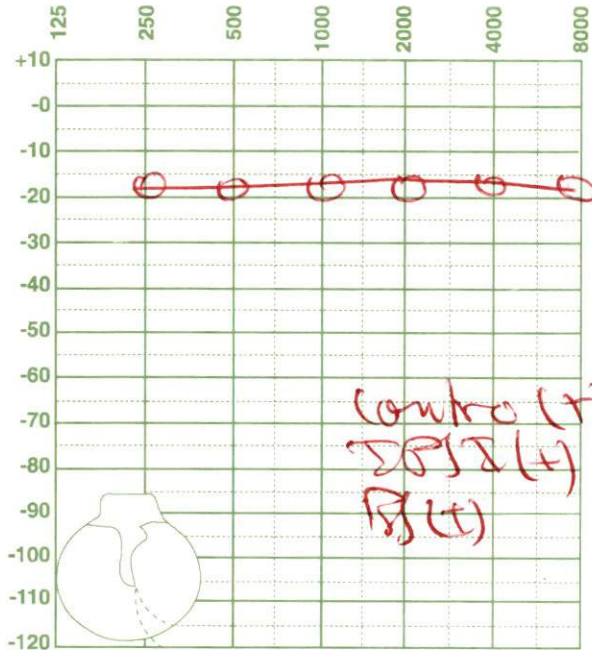
Adresse :

Date :

09/02/2021

Dr. F. ELKOUAN
Ch. de la Clin. - Beausejour
Bd. Ghandi - Casablanca

مصحة بوسيجور
CLINIQUE O.R.L.
BEAUSEJOUR



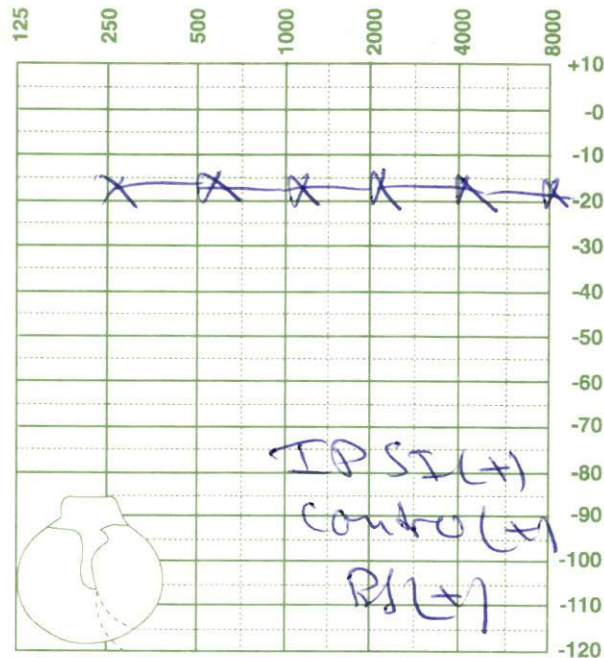
PERTE AUDITIVE

	O. D.	O. G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

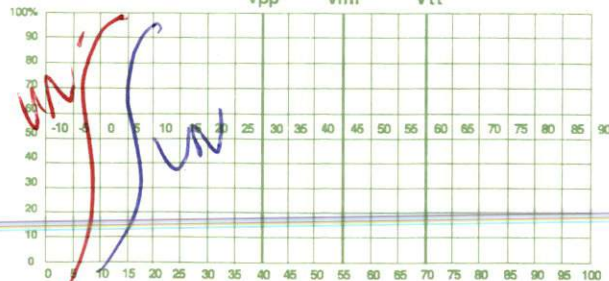
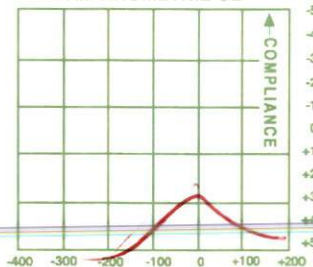
BO X7 =
MOX7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

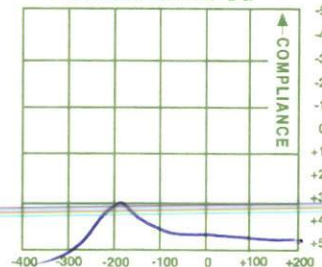
a



TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



مصحة بوسيجور

CLINIQUE ORL ET MAXILLO-FACIALE BEAUSEJOUR

198, Bd. Ghandi - Casablanca - Maroc Tél.: 05 22 99 42 41 - Fax : 05 22 99 42 40

Patente : 34750161 - C.N.S.S. : 2599845 - I.F. : 1084499 - R.C. : 79441 - I.C.E.: 001540516000056

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

N°00123

Le 09/02/2021

Mr, Melle, Mme, Enft : Mriss ZINGOR

Renseignements Clinique :

Pour

☒ π AUDIOGRAMME TONAL

☐ π IMPEDANCEMETRIE

☐ π PEA

☐ π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐ π MANŒUVRES POSITIONNELLES

☐ π FIBROSCOPIE NASALE

☐ π FIBROSCOPIE LARYNGÉE

☐ π AMSA

Clinique ORL et MAXILLO-FACIALE
BEAUSEJOUR
198, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 99 42 41 Fax: 0522 99 42 40

Montant

7500Mg
cy cat dil