

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 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'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-692530

127 979

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BEHAM MOSTAFA

Date de naissance : 24-9-1957

Adresse : 3 Rue HAFID IBRAHIM AP 3 CASABLANCA

Tél. : 066186986 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	D				00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B			
	H		G																													
	25533412	21433552	00000000		00000000																											
	00000000	00000000	00000000		00000000																											
	D																															
	00000000	00000000	00000000		00000000																											
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																												

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO

مرجع رقم : REF : 610 2 06 :

Référence structurée : 220313194002864

Emis à Casablanca le : III

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

ZNIBER EP BENNANI ASMAH
3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01
CASABLANCA 2006

N° d'immatriculation : 100728157
Règlement du mois : 03/2022
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ZNIBER EP BENNANI ASMAH										
086583167	31/01/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086583167	31/01/2022	B	BIOLOGIE	1 580,00	1,10	160,00	1,00	1 276,00	70	893,20
086583167	31/01/2022	PH	BIOLOGIE	231,80	231,80	1,00	1,00	231,80	70	162,26
086583167	31/01/2022	PHN	BIOLOGIE	163,90	26,50	1,00	1,00	26,50	00	0,00
086583167	31/01/2022	SC1	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086583167	31/01/2022	SC1	BIOLOGIE	700,00	0,00	483,00	1,00	0,00	00	0,00
Total remboursé pour ASMAH										1 160,46
Total général remboursé										1 160,46

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Description des actes effectués					وصف العمليات المجراة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet de Médecin traitant
01-11-21	321	C2	1100	600, m	
01-11-21	321	KAS+KAO	1000	500, m	

CIM-10

Actes Paramédicales					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء الأشعة والصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
01/11/21	386,00		

code

AL FARABI

مرکز فحص وتشخيص امراض 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

NOTE D'HONORAIRES

Le 01-11-2021

Reçu la somme de

6.000,00 DA / Six cent DA

De Mr, Melle, Mme

2 NIBER ASMAH

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

Avec mise en place un otoscope dans l'oreille droite

code

AL FARABI

مرکز فحص وتشخيص امراض 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 /32 32 FAX :022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

2 NIBER ASMAH

Le 01-11-2021

Renseignements cliniques :

Hypacusis

1215 + Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

A+I



code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة
R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. Abdelkrim L
Dr. Réda MOUF
Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé
Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé
Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue
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
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V. : 131.70DH
Distribué par MSD Maroc

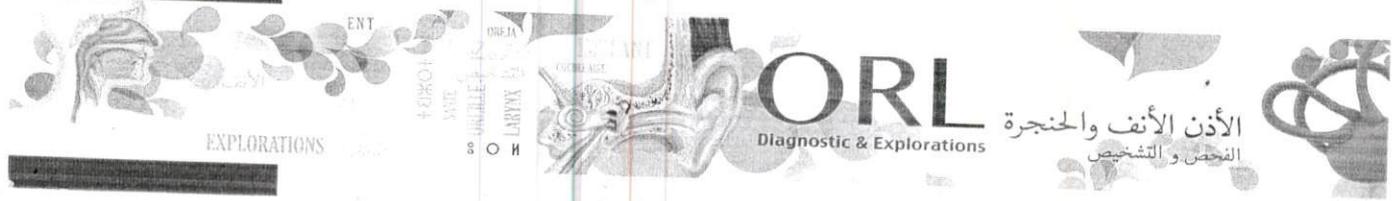


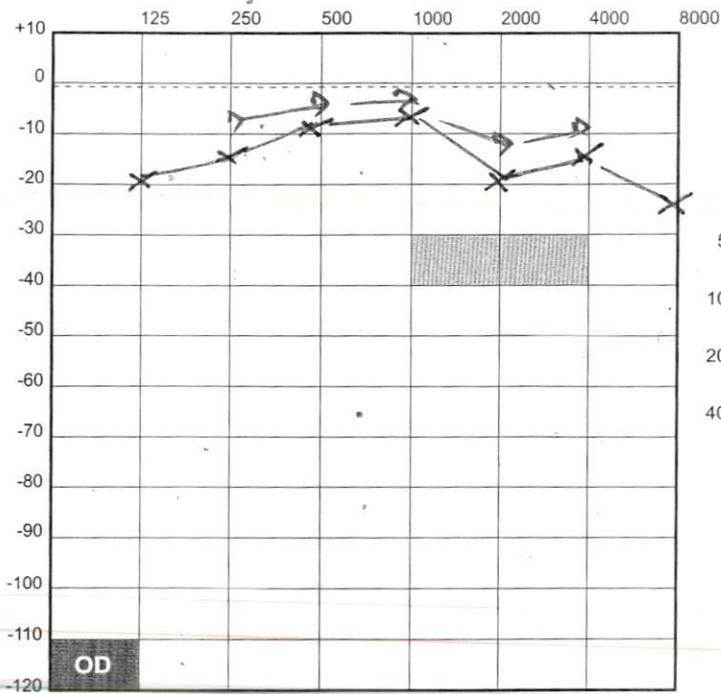
Pr. Méd. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE 199000069
Casablanca, le 01.11.2011

131,70
Nasonex 120 SV
1 spray 2x/j
Doliprane 10 SV
1 sup 3x/d jour
Xyzall 5mg 3x 80,10 SV
1 sup 3x/j

Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Moussa Bnou Noussali
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 25 42 12

Pr. Méd. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE 199000069

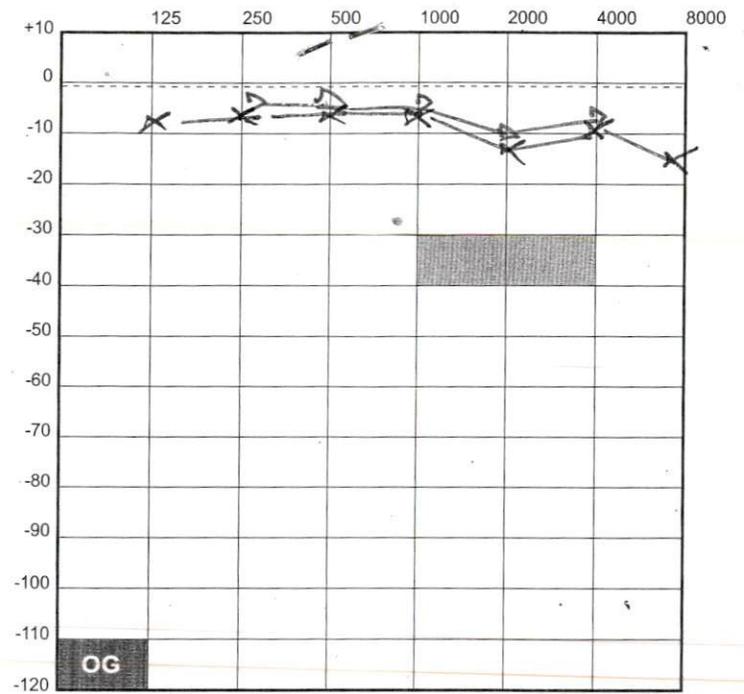




I.A. D = %

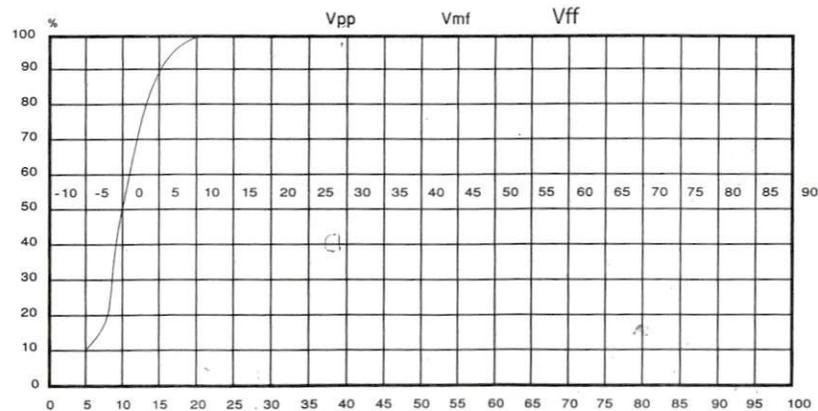
PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



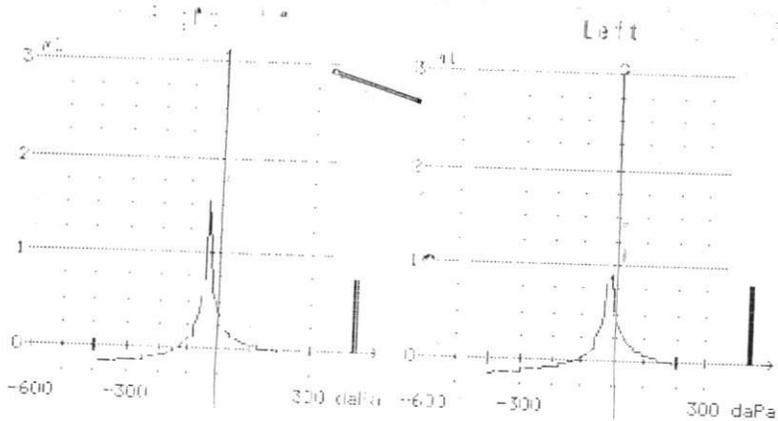
I.C.A. = 3

WEBER

	250	500	1000	2000	4000	
OD	z	z	z	z	z	OG

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

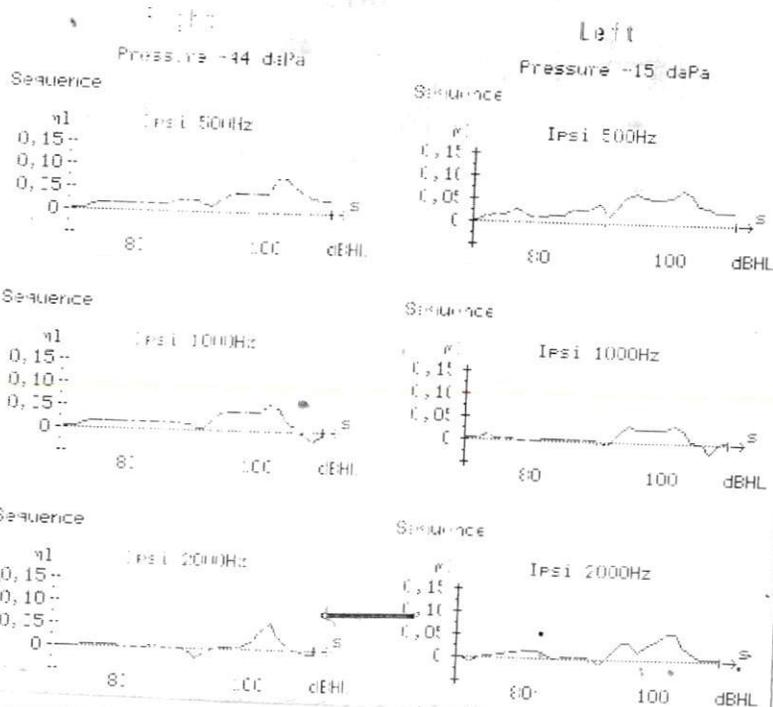




Ear Volume: 0.78 ml
 Compliance: 1.58 ml
 Pressure: -44 daPa
 Gradient: 1.35 ml

Ear Volume: 0.82 ml
 Compliance: 0.93 ml
 Pressure: -13 daPa
 Gradient: 0.75 ml

Reflex



xe OD

code

AL FARABI

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

AUDIOGRAMME

NOM Zubair me ZNIBER

Prénom Asma

Date de naissance Date d'examen 04 NOV 2021

Observations Pr. Med A. HESSISSEN

C.O.D. AL FARABI Explorations
 Angle Rue Jean-Paul II et Brahim Rouhani - Casa
 Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
 INPE : 09102375



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
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

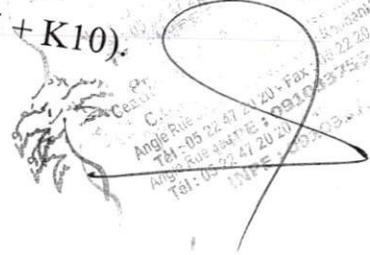
Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

2. N. BER A. S. MAN

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

Le 01-11-2011


Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85