

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothésaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035114

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5089 Société : 115233

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LANANI Naima

Date de naissance : 27 / 12 / 59

Adresse : 17 rue

Tél : 0645326047 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 AVR. 2022

Nom et prénom du malade : LANANI NAHA Age :

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 : 10 / 05 / 2022

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 Relevé des Actes
2-9 AVR 2022	C3	300,00		
29 AVR 2022	Impédancemétrie	209,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUXEMBOURG 24, 651 Yserniaux les Crêtes asablanca - Tel.: 0522 85 55 55/5	29/04/22	297,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

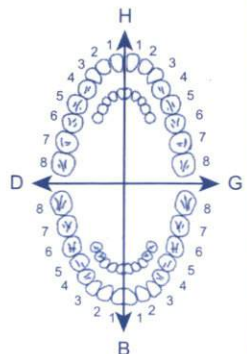
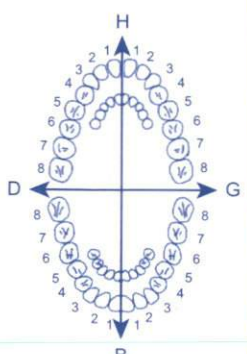
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Docteur Mustapha ESSAADI**

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de Service des Urgences à L'hôpital 20 Août
- Diplômé de L'allergie en ORL Pédiatrique, Vertiges
- Formation approfondie en : Ronflement et Cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



**الدكتور المصطفى السعدي**

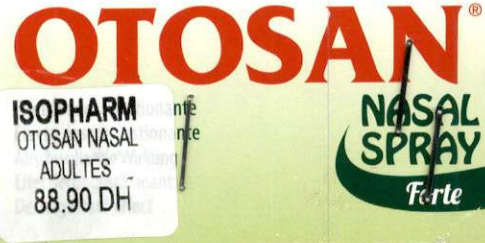
أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقاً  
رئيس قسم المستعجلات بمستشفى 20 غشت سابق  
اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
حاصل على شهادات في أمراض الحساسية والدوخة  
تشخيص وعلاج الصمم عند الطفل، فقدان التوازن، الشخير والسرطان  
حاصل على شهادات من جامعات باريس وتولوز بفرنسا  
طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Mr LANTANI Naïma  
Predim Lo Cy  
30/04/2017  
Casablanca, le : 29 AVR 2017

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):



PPV: 167DH00  
PER: 03-24  
LOT: K779

Dr. Mustapha Essaadi  
Professeur d'ORL et Chirurgie  
Cervico-Maxillo-Faciale, Allergologie  
Casablanca, Abdelmoumen, Rés. Al Amal Imm. B  
N°16, 3ème étage  
Tél.: 0522 86 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44 E-mail: essaadimurorl@gmail.com

261, شارع عبد المومن . إقامة الأمل . عبارة رقم 16 , الطابق الثالث . الدار البيضاء : قرب صيدلية لعليج  
و مقابل متجر DECATHLON . درب غلف و CITY CLUB . الترامواي : أمام محطة عبد المومن

261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj  
en face Derb Ghallef CITY CLUB et DECATHLON - Tramway : devant la station Abdelmoumen  
Tél.: 0522 86 50 51 - Fax : 05 22 86 59 44 E-mail : essaadimurorl@gmail.com



AT235

# Subject Data Printout

Id No.: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_

Country: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Examiner: \_\_\_\_\_

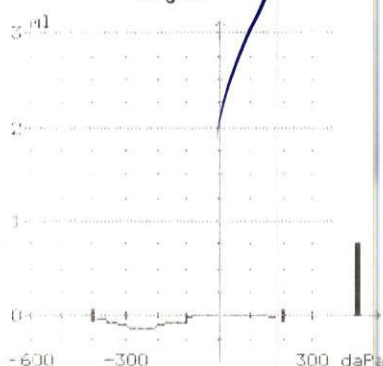
Remarks: \_\_\_\_\_

29 AVR 2022  
Dr. Mustapha Essadou  
Professeur d'ORL et Chirurgie  
Cervico-Maxillo-faciale, Allergologue  
241, Bd. Mohammed V, Al Amal Imm.  
Alg 16, 3ème Etage  
Tél: 05 22 86 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44

Mme LANTANI  
Aïma

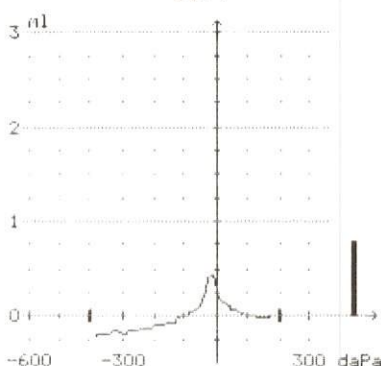
## Cympanogram

Right



Ear Volume 0.76 ml  
Compliance 0.02 ml  
Pressure -16 daPa  
Gradient 0.01 ml

Left



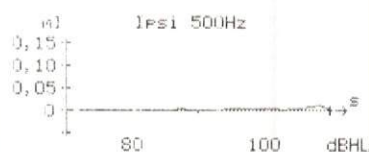
Ear Volume 0.79 ml  
Compliance 0.43 ml  
Pressure -13 daPa  
Gradient 0.33 ml

## Reflex

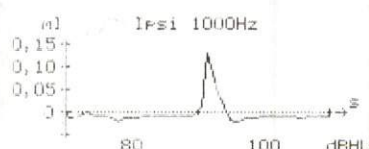
Right

Pressure -16 daPa

Sequence



Sequence



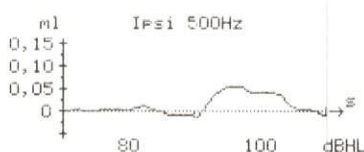
Sequence



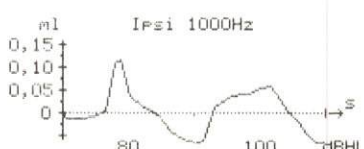
Left

Pressure -13 daPa

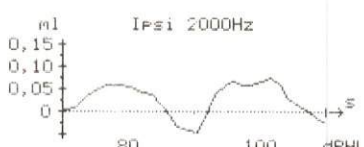
Sequence



Sequence



Sequence



Casablanca, le

Le Docteur

Prie M

LANAN MAIMA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
Pour

Impedancmétrie

S'élevant à la somme de

Dhs

200,000