

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 de la radio 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-689092

120783

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 526	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HACHAM FOUZIA			
Date de naissance : 26/11/1957			
Adresse :			
Tél. : 0666391443 Total des frais engagés : 1117, 90 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr Fatima-Zohra GUAZZANI ORL 175, Rue Boukraa - Casablanca Tel. : 05 22 47 31 70 GSM : 06 62 62 02 20 </div>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : EL HACHAM FOUZIA Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affekt 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 : **CASAB** Le : **28/11/2018**

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 JUN 2022	6	30000	30000	INP : 
		5	6000	
		15	15000	
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
	28/06/22	517,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

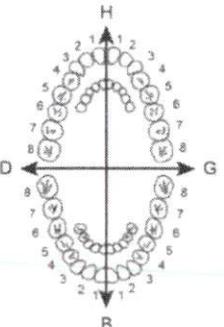
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS

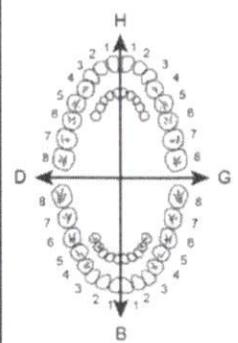
Le praticien est prié de préciser la dent traitée à l'acte

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins
		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

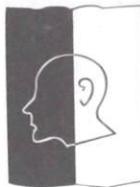
VISA ET CACHET DU PRATICIE

6 118001 110360

LOT.036R015A
PER:10/2023
Acetaminophen 190,00 dh
Flacon pulvérisateur

Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأنف، الأنف، الحنجرة
العنق والوجه

Casablanca, le : 28/06/2022

NOTE D'HONORAIRES

Mme EL HACHAD Fouzia

<u>Actes</u>	<u>Montant</u>
consultation	300,00
Audiogramme+Impedancemetrie	600,00
Total :	900,00

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Dr. Fatima-Zohra OUAZZANI
75 Rue Boukraa Casablanca
Tel. 05 22 47 31 70
GSM 06 62 02 20

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع-زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء قرب مستشفى مولاي يوسف

Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

الهاتف : GSM : 06 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70



Casablanca, le : 28/06/2022

Mme EL HACHAD Fouzia

BREXIN CP

1 comprimé APRES LE REPAS DE MIDI, pendant 10 jours

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 10 jours

ACETHIO-CP

2 comprimés matin et soir, pendant 5 jours

AEROMAX

2 pulvérisations matin et soir APRES MOUCHAGE pd 15j

2 pulvérisations le matin pd 1 mois

CETIRAL

1 comprimé le soir, pendant 6 semaines

EXOMUC SACH

~~1 sachet, 3 fois par jour pendant 10 jours~~

إقامة جاسم حسام 175 زنقة بوكراع -زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء فرب مستشفى مولاي يوسف

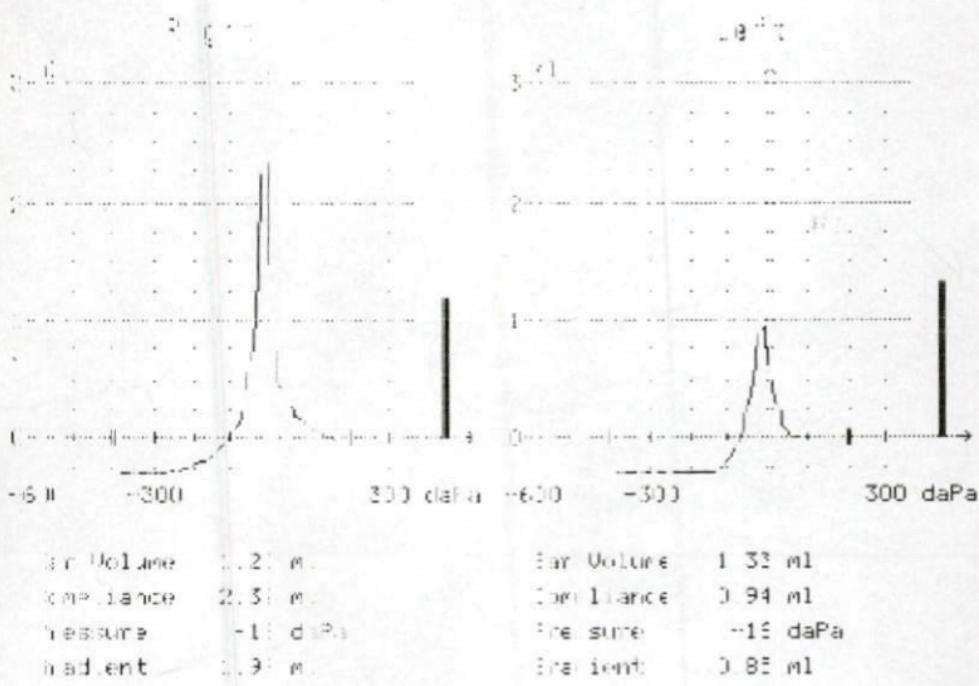
Rés. Jassim Houssam, 175 Rue Boukraa, Angle Bd. My Youssef - Casablanca

الهاتف : GSM : 06 62 62 02 20 - Tél. : 05 22 47 31 70

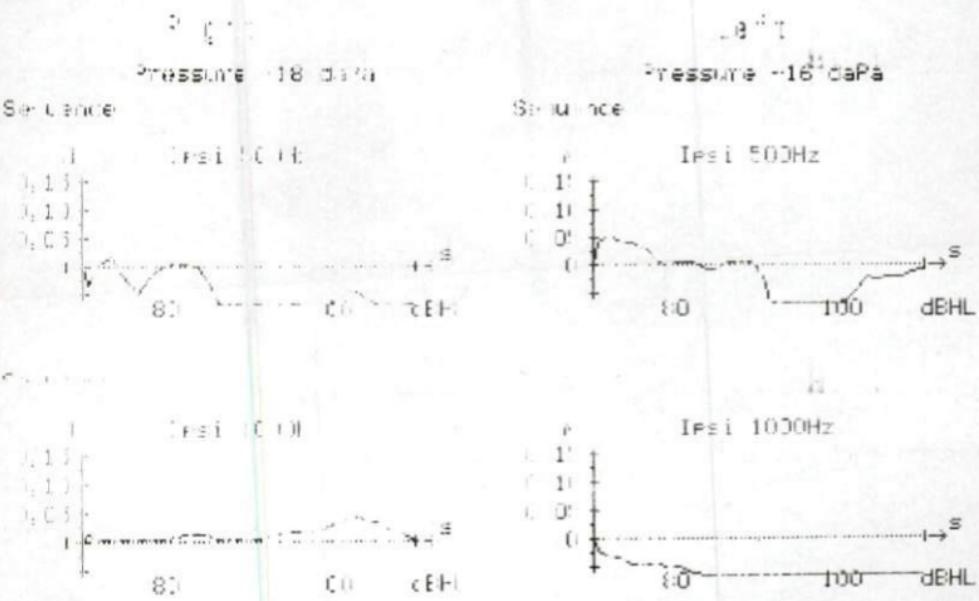
514,90

1. Name: _____
2. Y: _____
3. Date: **28 Jun 2022**
4. M/F: _____
5. DOB: _____
6. Sex: _____
7. Age: _____
8. Gender: _____
9. Height: _____
10. Weight: _____
11. Temperature: _____
12. Pulse: _____
13. Respiratory Rate: _____
14. Blood Pressure: _____
15. Heart Rate: _____
16. Blood Sugar: _____
17. Urine: _____
18. Stool: _____
19. Other: _____

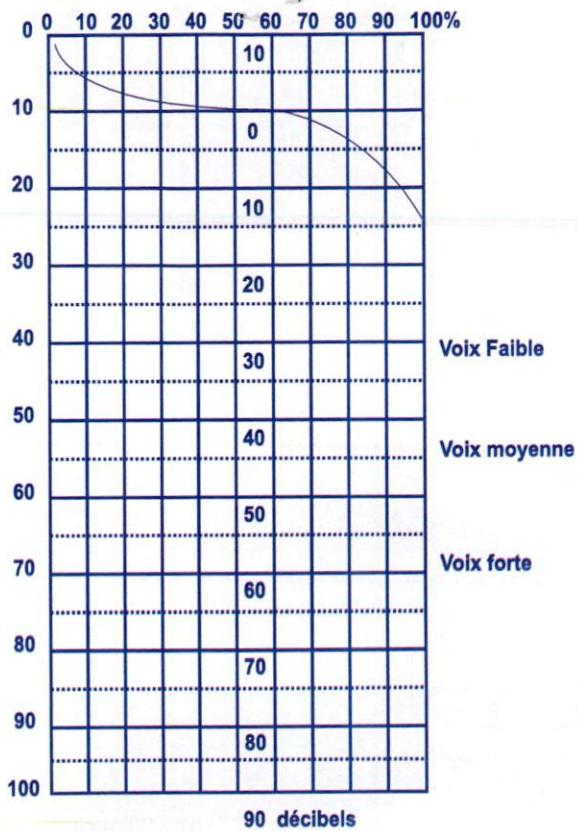
ENTROPICAL OGG PAM



REFL EOGM



AUDIOMETRIE VOCALE



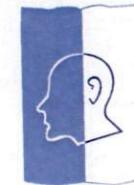
Binaurale : NOIR
 Monaurale droite : ROUGE
 Monaurale gauche : BLEU

PERTE VOCALE BINAURALE EN db
 PERTE VOCALE { OD
 OG
 MONAURALE

OBSERVATIONS :

Dr Fatima-Zohra OUAZZANI

OTO-RHINO LARYNGOLOGIE
 CHIRURGIE CERVICO - FACIALE



الدكتورة فاطمة الزهراء الوزاني

أمراض وجراحة الأذن، الأنف، الحنجرة
 العنق والوجه

AUDIOMETRIE

Date :

28 Juin 2022

Nom : EL HACI ABD

Prénom : Fatima

Adresse : _____

Profession : _____

Sexe : Age :

Observation clinique



AUDIOMETRIE TONALITE

OD



CDA-COR + + =

OG



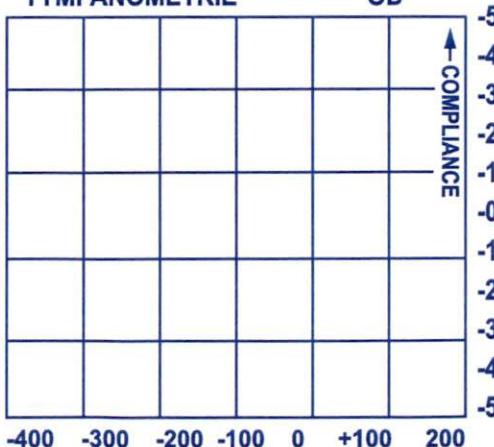
CDA-COR + + =

	125	250	500	1000	2000	4000	8000
WEBER							
Menton Front							
Menton							

IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE

OD



REFLEXES STAPEDIENS				
OD	OG			
Contra	Ipsi		Contra	Ipsi
dB + 0	Db + 0	500 Hz	Db + 0	Db + 0
dB + 0	Db + 0	1000 Hz	Db + 0	Db + 0
dB + 0	Db + 0	2000 Hz	Db + 0	Db + 0
dB + 0	Db + 0	4000 Hz	Db + 0	Db + 0
OG	OG	Stimulation	OD	OG
OD	OD	Reflexe	OG	OD

00

