

## 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.

N° W19-519488

187207

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7714	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAYONI NASR EDDINE			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0674 09 89 56	Total des frais engagés : 519,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
OTORHINO LARYNGOLOGIE & CHIRURGIE MAXILLOFACIALE 198, Bd Chandi - Casablanca Tél. : 0522 99 42 41			
Date de consultation : 11/08/2012			
Nom et prénom du malade : FAYONI RANIA Age: .....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affect			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/08/2012

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
11/08/22	C3		30000	INP : <i>DR Mokbel</i> Chirurgien MOKBEL- OTORHINO-LARYNGOLOGISTE CHIRURGE MAXILLO-FACIAL 198, Bd Chabrol Tél. 05 55 51 00 00
	Drg Fdt		20000	Online

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
<b>adame BARKAL FATIMA</b> <b>Pharmacie Achraf</b> <b>Rue Sotouh - Maârif</b> <b>Casablanca - Tel: 0522 25 22 09</b>	<i>11/08/2018</i> <i>10/08/2018</i> <i>10/08/2018</i>	<i>19,100</i> <i>19,100</i> <i>19,100</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (This row is empty in the image)	<b>Nature des Soins</b> (This row is empty in the image)	<b>Coefficient</b> (This row is empty in the image)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION		<input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
				<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>Coefficient des travaux</b> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>Montants des soins</b> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>Date du devis</b> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>Date de l'exécution</b> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

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

N° 0962

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Le ..... 11/08/22

Mr, Melle, Mme, Enft : ..... FAOUZI RAVIA

Renseignements Clinique : .....

Pour

- AUDIOGRAMME TONAL
- IMPEDANCEMETRIE
- PEA
- VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)
- MANŒUVRES POSITIONNELLES
- FIBROSCOPIE NASALE
- FIBROSCOPIE LARYNGÉE
- AMSA

# Deux Cent Dirhams

Montant : ..... 200,-DH

Clinique O.R.L. Beausejour  
198 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

N Dossier:

Nom de famille:

Prénom:

١٩٢٠

Interacoustics A/S

Drejervænget 8

5610 Assens



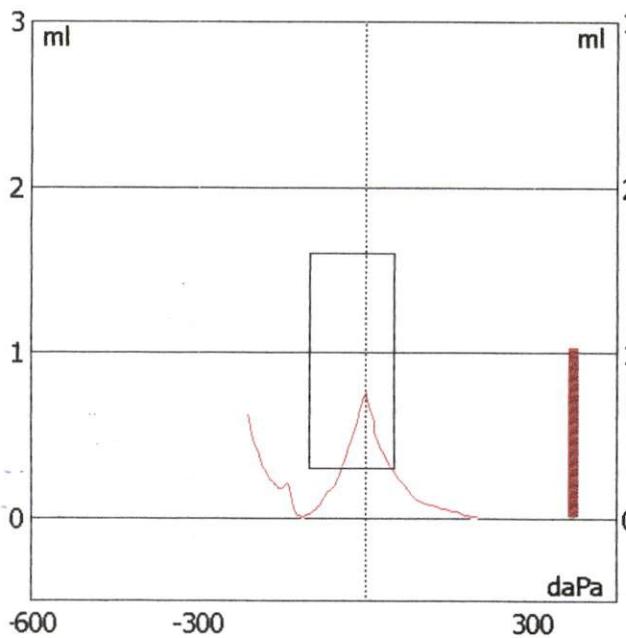
# clinique ORL ET MAXILO-FACIALE BEAUSEJOUR

11/08/2022 16:48:47

Droite

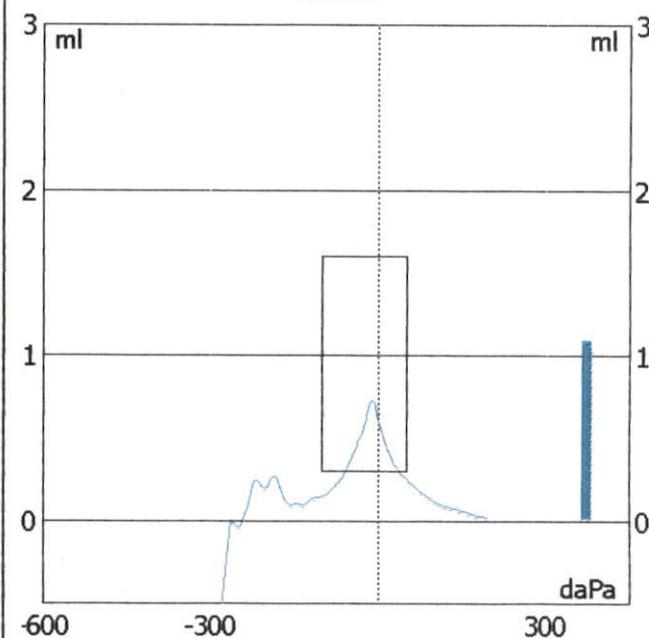
226 Hz

Tymp 226 Hz



Gauche

226 Hz



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

مصحة بوساجور

CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

Front  
Rama

ANTIBIO SYNALAR

19/40

1108.2a

19, MP

Antibio

5/26/2013 Bi

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Professeur MUKRIM B  
OTORHINO LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
198, Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. : 0522 99 42 41