

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13.071**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Benchekroun Sara**

Date de naissance : **08/12/1988**

Adresse : **33, rue Ibnou Assakir. Résidence Urbana 33**

Et.4 Ap.17. Princesses Casablanca

Tél. : **0626278702** Total des frais engagés : **900, — Dhs**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Mme BENALI Brahim, Professeur Agrégé en O.R.L., Alloussi Bourguiba, Casablanca, 29/07/2011**

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 : **Casablanca**

Le : **17/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture PIERRE GRAS 10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

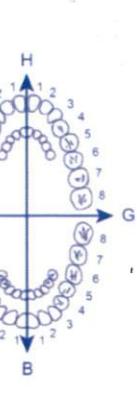
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
B				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	[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

Docteur Brahim BENALI

Professeur agrégé
Diplômé des universités de Lille et Bruxelles
NEZ - GORGE - OREILLES
CHIRURGIE TETE ET COU
Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

CHIRURGIE TETE ET COU

24, Rue El Alloussi – Bourgogne
(Face clinique Badr)
Casablanca
Tel : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11
Fax : 05 22.29.47.10

Casablanca le, 01/11/2022

FACTURE

INP 091020750
IF 41405577
ICE 001677131000070

Mme BENCHEKROUN SARA

Reçu la somme de :

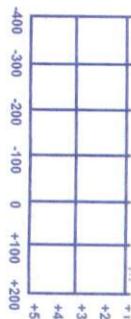
- Trois cents dirhams (300,00 dhs) pour consultation ORL le, 31/10/2022;
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-impédancemétrique le, 01 /11/2022.

Dr. BENALI Brahim
Professeur Agrégé en O.R.L.
24 Rue El Alloussi Bourgogne
Casa. Tél.: 05 22.29.47.10 / 11

BENCHER KROON - sans

01/11/82

Tympanogram

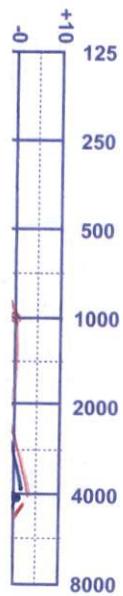


3 ml

Right

3 ml

Left



3 ml

2 ml

1 ml

-300 daPa

0 daPa

300 daPa

-500 daPa

-600 daPa

300 daPa

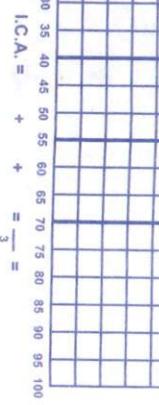
-700 daPa

-800 daPa

-300 daPa

Bar Volume 1.21 ml
Compliance 0.41 ml
Pressure -22 daPa
Gradient 0.27 ml

Bar Volume 1.59 ml
Compliance 0.67 ml
Pressure -7 daPa
Gradient 0.27 ml



Sequence

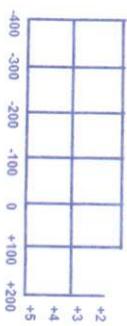
Right
Pressure 22 daPa



Left
Pressure -7 daPa

Sequence

Left
Pressure -7 daPa



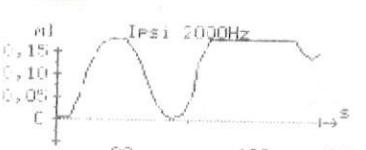
Sequence

Ipsi 500Hz



Sequence

Ipsi 1000Hz



Sequence

Ipsi 2000Hz



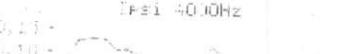
Sequence

Ipsi 2000Hz



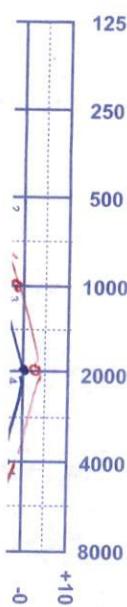
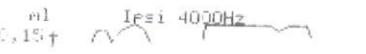
Sequence

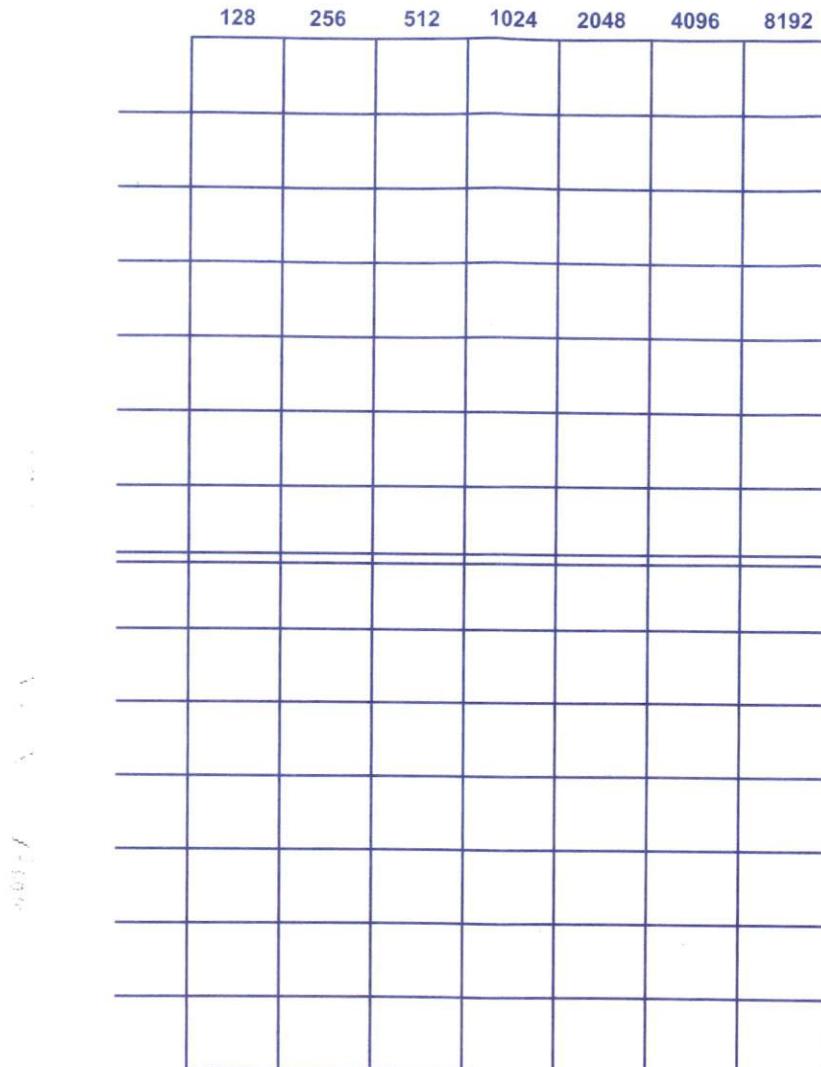
Ipsi 4000Hz



Sequence

Ipsi 4000Hz





Nom BENCHÉKROUW Prénom Scer
 Age Profession

Adresse

Date 01 Novembre 2022

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Adén glandule

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :

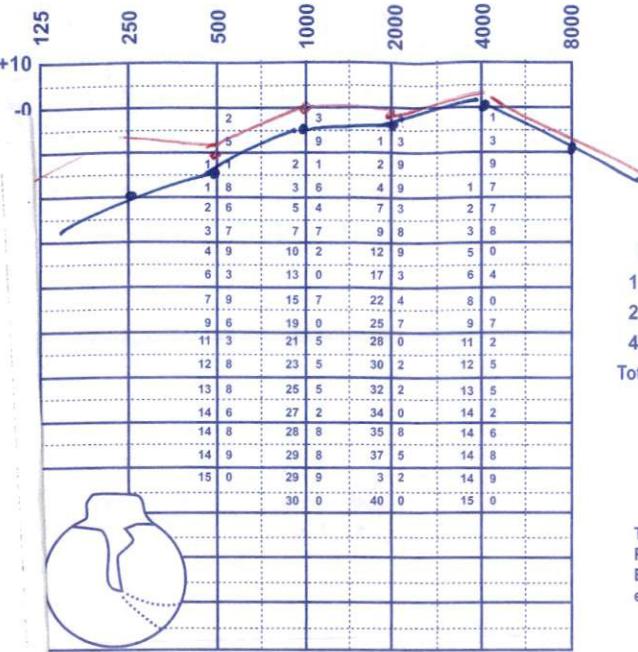
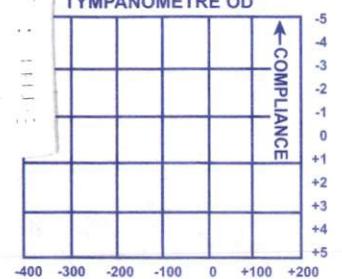
Normal

Dr. DENAL
 Professeur Agrégé
 24 Rue Etienne Lantier
 75011 Paris

AT 236

Symptome - Data printout

Date: _____
 Age: _____
 Sex: _____
 Weight: _____
 Allergies: _____
 C.I.T.: _____
 S.A. H.O.: _____
 O.A. H.O.: _____
 Photo: _____
 Bing: _____



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

BOX 7 =
 MOX 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

250 500 1000 2000 4000
 Bing (E E E) =
 Vpp Vmf Vff

