

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



Déclaration de Maladie

M22- 0047898 *150842*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1512* Société : *RAM*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *LAKHOITRI Neb*

Date de naissance : *1957*

Adresse : *TARIK EL KHEIR Rue 12 lot 27 Ap 8*

Beunous - CP SA

Tel : *0661422009* Total des frais engagés : Dhs

Dr. BENCHAKROUN. Y Professeur d'ORL et de

Chirurgie Cervicofaciale

Nez - Gorge - Oreille

I.N.P. 091157149

Cachet du médecin

I.N.P. 091157149

Dr. BENCHAKROUN. Y Professeur d'ORL et de

Chirurgie Cervicofaciale

Nez - Gorge - Oreille

I.N.P. 091157149

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Presbycous*

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : *Casa* Le : *24/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
1/2/2023	Extraction d'oreille bilatérale	250	100	
	Audiogramme + Tympanométrie	350	700	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture
DR. BENCHAKROUN. Y
 Professeur d'ORL et de
 Chirurgie Cervicofaciale
 Nez - Spécialiste
 I.N.P. Gorge - Oreille
 09 1 15 71 49

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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	
23/02/2023	2 APPS					10000,00
	Audiotape					
	OD/OC					

LAPPELALINE
 KAHMAN WIDANE
 AUDIOPROTHESISTE
 104, BD. SIDY ABDELMANANE ELAGE 3
 N°5 - CASABLANCA
 ☎ 05 22 39 94 59 - I.P.E. C65044251

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

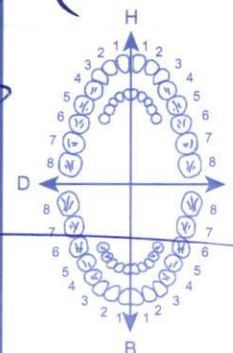
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

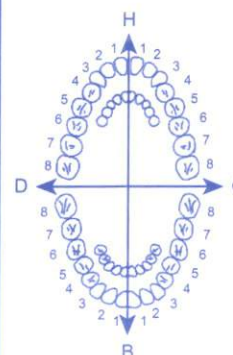
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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

Dr Benchakroun Youssef
Professeur d'O.R.L
et chirurgie cervico - facial
Spécialiste : Nez - Gorge- Oreille

الدكتور يوسف بنشقرود
أستاذ بكلية الطب
إختصاصي في أمراض
الأنف، الأذن و الحنجرة

01 FEB 2023

Casablanca, le :

Reçu
Le Mr La Khouti
Mohamed
La Somme de (700sh)
Sept cent dirhams pour

C20 R L 250sh
100sh

Appratisation d'oreille
bilatérale

350sh

Audiogramme
Impédancemétrie

700sh

Dr. BENCHAKROUN YOUSSEF

Spécialiste O.R.L.

Nez - Gorge - Oreille.

Nom

Prénom

Age

Profession

Adresse

Date

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

01 FEB 2023

Traitement chirurgical :

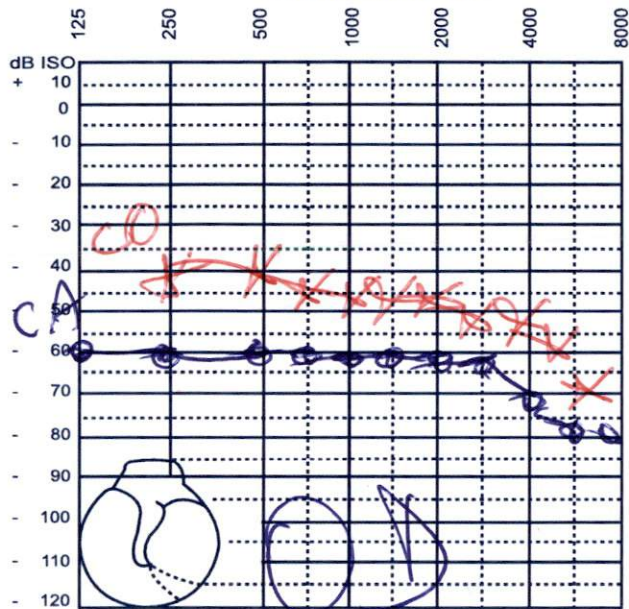
Date :

Côté :

Type de l'intervention :

Dr. BENCHAKROUN. Y
Professeur d'ORL et de
Chirurgie ORL et de
Spécialité
Nez - Gorge - Oreille
I.N.P 091157149

FREQUENCY HZ



PERTE AUDITIVE

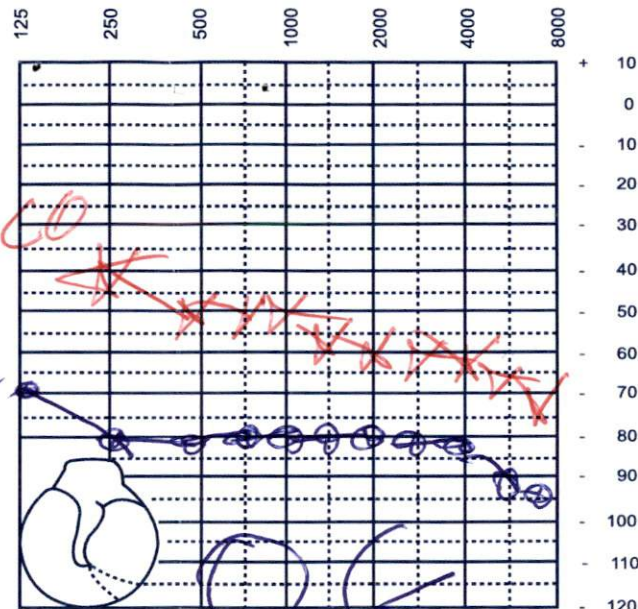
O . D .	O . G .
500	
1000	
2000	
4000	
Totaux	

B O X 7 =

M O X 1 =

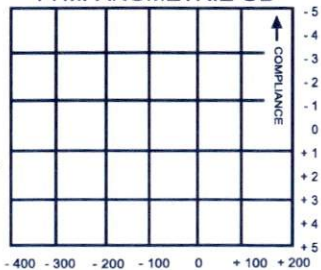
Total
Perte
Binaurale
en%

8

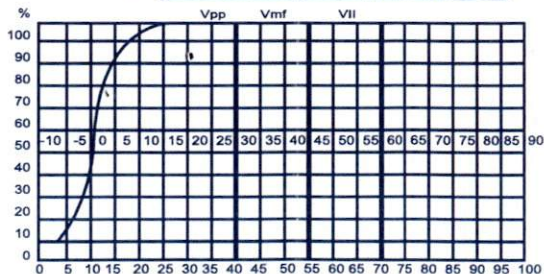


Bing 250 500 1000

TYMPANOMÉTRIE OD

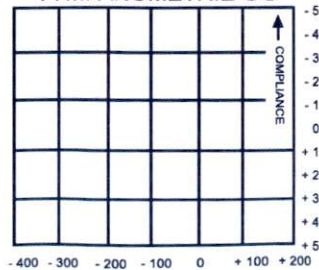


Bing 250 500 1000 2000 4000



Bing 250 500 1000

TYMPANOMÉTRIE OG



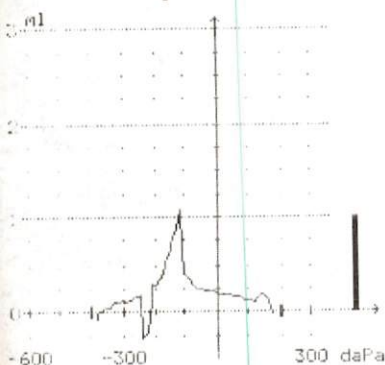
I.C.A. = + + =

Subject Data Printout

Id No.: Mr Lakhotri Date: 10 1 FEB 2023
 Sex: Male Age: 20
 Name: Mohamed
 Address:
 City:
 State:
 Country:
 Phone:
 E-mail:
 Examiner:
 Remarks:

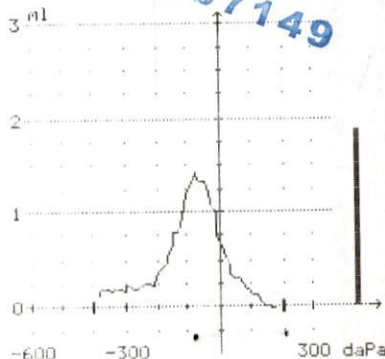
Tympanogram

Right



Ear Volume 1.00 ml
 Compliance 1.10 ml
 Pressure -120 daPa
 Gradient 0.70 ml

Left



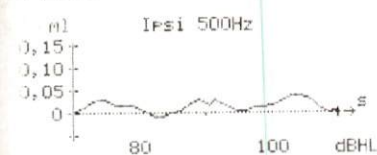
Ear Volume 1.87 ml
 Compliance 1.43 ml
 Pressure -79 daPa
 Gradient 0.43 ml

Reflex

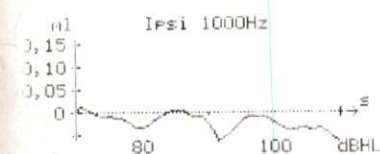
Right

Pressure -120 daPa

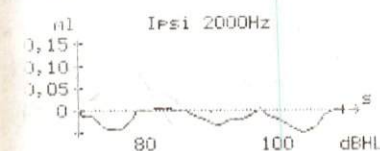
Sequence



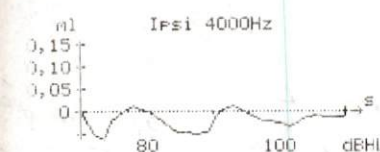
Sequence



Sequence



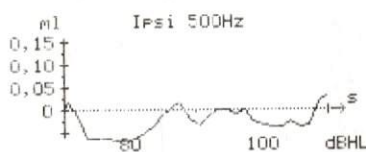
Sequence



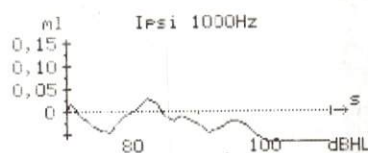
Left

Pressure -79 daPa

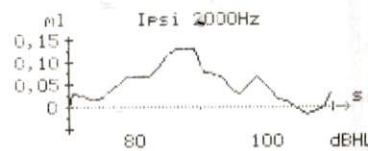
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

