

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

M22- 0028998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9667

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASMOUDI YASMINIE

MS  
150502

Date de naissance : 10/01/68

Adresse : Bd des clubs R.S.NEXT Roues 1-A.PT:H3

Tél. : 06.67.44.12.50

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HAMID LOUNIS  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE  
19 Av. Hassan II - 5<sup>e</sup> étage  
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Date de consultation : 06.02.2023

Nom et prénom du malade : MASMOUDI YASMINIE Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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

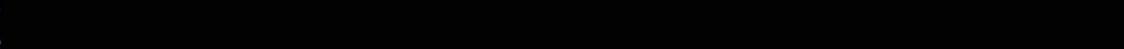
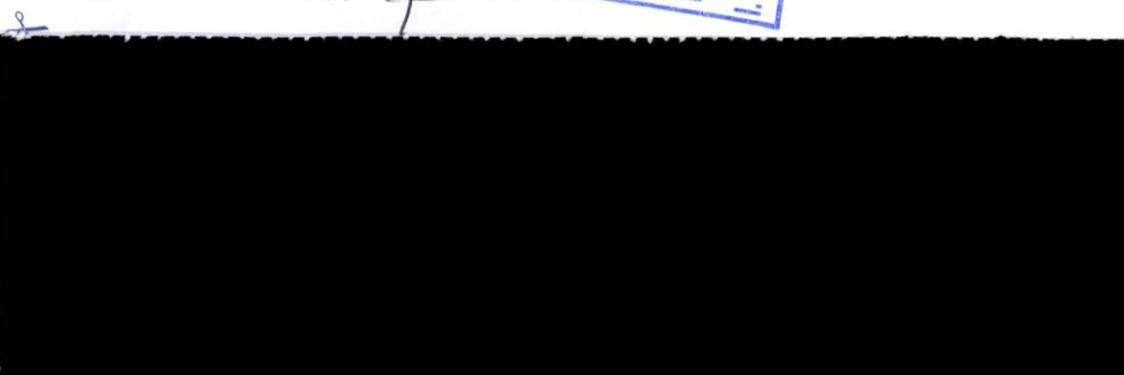
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : ..... Le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et signature du Médecin autorisant le paiement des Actes
06 FEV. 2023	V2		800	DR. ELIE HAMID LOUNIS ORL ET CHIRURGIE CRANICO-FACIALE 19, AV. Hassan II - 5e étage 0522.22.60.11 - CASABLANCA
	+ K2T			
	+ K40			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE D'YSSÈSE</b> <b>ASINNA A.N.D.O.R</b> <b>15 bis, Rue Turenne, Ferme D'Issy-les-Moulineaux</b> <b>Bureau de Poste : 75014 Paris</b> <b>Bureau de Poste : 75014 Paris</b>	06.02.2023	644,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

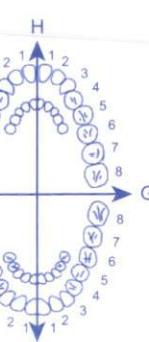
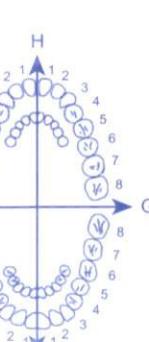
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale

Spécialiste des Maladies

Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)

Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53

Fax : 0522 22 71 24

# الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأنفين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)

الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53

fax : 0522 22 71 24

06 FEV. 2023

Casablanca, le .....

Dr. Hamid Lounis

205,00

Tanane

15

71,30

Tanane

15

15

Aha pied als

15

2, le matin = 5

16,30

Surface

3 fm 3 m

5

119,10  
Risoual

2 l Water - 1 pl 15 AS

96,20 ✓ Citalopram film forte 20 mg

AS

Filtrex air

S

1 cap 2 x

PHARMA ODYSSEY  
ROUTE D'AMOUR FARMACEUTIQUE  
15 bis, Rue de la Paix Casablanca  
Téléphone : 0522.22.66.11

16,30

60,90

Monteur HOMO LOUNGE  
FACILE  
SÉ EASY  
CASABLANCA

لا يزيد  
من ثهور من بعد فتحه.  
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و  
مراقب الأطفال.

ZENITH Pharma

AMM N°37683/1221/TRDMP/ZE/01



6 118001 273539

PPV : 96,20 DH

N° du Lot

F072

Date Per.

05.05.2024

PP.V: 119,10 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain setaab Casablanca

Tavanic 500mg, cp de 10  
P.P.V : 205,00 DH



6 118001 080830



## Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale  
Spécialiste des Maladies  
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)  
Casablanca - Tel : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
Fax : 0522 22 71 24

## الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأنفين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس  
ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 60 53  
0522 22 66 11 / 0522 22 71 24  
fax : 0522 22 71 24

06 FEV. 2023

Casablanca, le .....

Nom / Prénom :

MASIRONI Yasmine

## COMPTE RENDU

### Consultation ORL

K30 : Nasofibroscopie

K30 Nasofibroscopie

K20 : Audiogramme

K10 : Impédance métrique

K10 : Lavage d'oreille

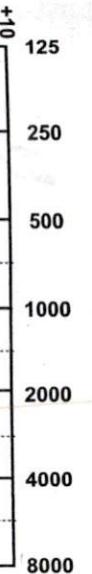
Autre :

Conclusion :-

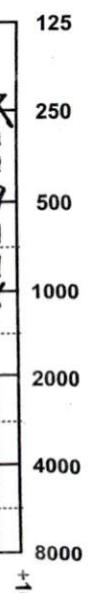
Rhinite allergique causée par  
cyste tubaire bilatérale  
hypertension nasale ORN modérée  
hypotension aérograves modérées

Forfait : 800 Dhs

Docteur HAMID LOUNIS  
OTO ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
19, AV. HASSAN II - 5<sup>e</sup> étage  
Tél. : 0522 22 66 11 - CASABLANCA



06 FEV. 2023



	PERTE AUDITIVE	O.D.	O.G.
-10	1,1	2,9	1,3
-20	6,4	7,3	2,7
-30	3,7	7,7	9,8
-40	4,9	10,2	12,9
-50	6,3	13,0	17,3
-60	7,9	15,7	22,4
-70	9,6	19,0	25,7
-80	11,3	21,5	28,0
-90	12,8	23,5	30,2
-100	13,8	25,5	32,2
-110	14,6	27,2	34,0
-120	14,8	28,8	35,8

BOX 7 =

MOX 7 =

Total  
Parte  
Binaurale  
en %



Bing

O.D.

Bing

O.G.

Vpp

Vmf

Vft

Bing

O.D.

Bing

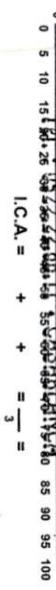
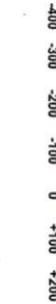
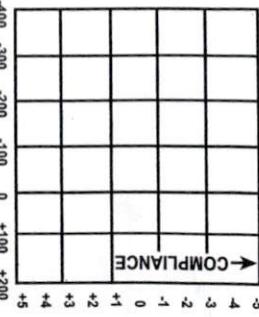
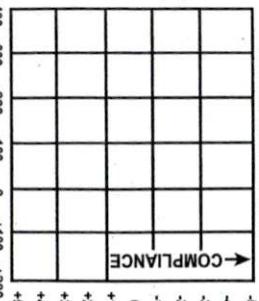
O.G.

Bing

O.D.

Bing

O.G.



400 -300 -200 -100 0 +100 +200

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

I.C.A. = + + = 3 =

+

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

+

=

128      256      512      1024      2048      4096      8192

A blank grid of 16 squares, arranged in 4 columns and 4 rows, drawn with black lines on a white background. The grid is empty and contains no text or other markings.

Nom RASVORIDI Prénom Yvesme

Age..... Profession.....

**Adresse**.....

Date 06 FEB. 1953

## AUDIOGRAMME

## OBSERVATIONS :

#### Traitements chirurgicaux

Date :

Côte

### Type de l'interv

**Docteur HAMID LOUNIS**  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE  
19. Av. Hassan II - 5<sup>e</sup> étage  
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

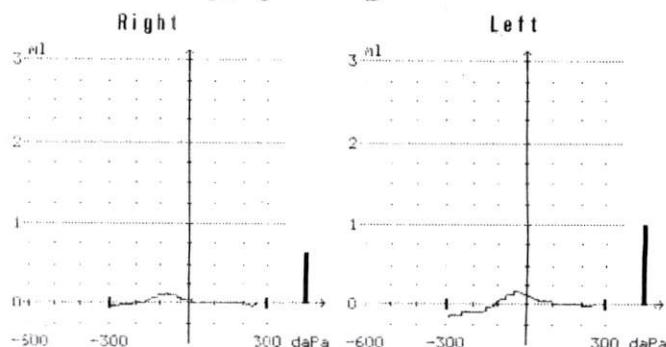
**Docteur HAMID LOUNIS**  
**ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE**  
**19, Av. Hassan II - 5<sup>e</sup> étage**  
**TEL. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA**

Subject Data Printout

Date: **06 FEV. 2023**

Id No.: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Name: **Drs Youssef** \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Examiner: \_\_\_\_\_  
 Remarks: \_\_\_\_\_

### Tympanogram



Right	Left
Ear Volume 0.65 ml	Ear Volume 1.01 ml
Compliance 0.12 ml	Compliance 0.16 ml
Pressure -80 daPa	Pressure -31 daPa
Gradient 0.06 ml	Gradient 0.07 ml

### Reflex

