

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

N° P19- 057611

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM
 Date de naissance : 24/07/1971
 Adresse : N27 LOT RYAD PARTNER, ROUTE D'AZZEMOUR, DAR BOUAZZA, NOUACER, CASA
 Tél. : 06 61 10 96 69 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. BENGHALEMA
 PROFESSEUR AGREGÉ
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
 CHIRURGIE MAXILO-FACIALE
 58, Bd Rachidi Place de la Fraternité
 CASABLANCA
 Tél : 0522 48 60 00/01 - 0522 48 63 65
 Date de consultation : 21/02/2023
 Nom et prénom du malade : AFAKHRI Lina Age : 7 1/2
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection 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 : ASA Le : 21/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
21 FEV 2023	C3		4.09	
	K90 Impédancemétrie		4.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/23	30410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

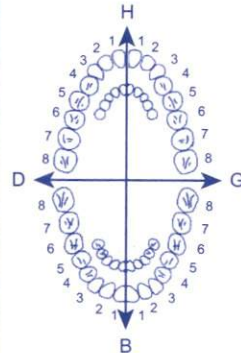
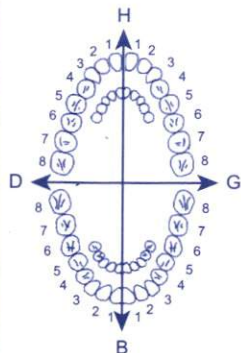
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet
d'Implantation
Cochléaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCEAN BAY SARI AU
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 29
RC 39960411

الدكتور عبد الحميد بنغاليم

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXE

PPV: 79,90 DH
LOT: 651322
PER: 10/24

PPV: 79,90 DH
LOT: 651322
PER: 10/24

PPV: 79,90 DH
LOT: 651322
PER: 10/24

21/02/2023

AFAKHRI Lina

7990x3

1) AUGMENTIN ENFANTS SACHETS 1 SACHET 3 FOIS/J PDT 10

4000

2) EFFIPRED 20 CP EFFERVESCENTS 1 CP 1/2 LE MATIN DANS 1/2
VERRE D'EAU PDT 8 JOURS

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20019 21

2440

3) PIVALONE 2 Pulv 3 Foies /J Pdt 15 J

T= 30410

Professeur BENGHALEM

Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ ET
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd Rachidi - Place de la Fraternité
- CASABLANCA -

LOT: GT8941
PER: 12 2025
PPV: 24 40

PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCEAN BAY SARI AU
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 29
RC 39960411

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42

E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057



Cabinet
d'Implantation
Cochléaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغاليم

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأذن و الأنف و الحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL

كاتب عام MAFOS

عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège

de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le في الدار البيضاء، في

21 FEB 2023

RECU

Nom : AFAKHRI LINA

Examen : Consultation + Impédance métrie

Cotation : C3 + K20

Prix : 400,00 DH+ 400,00 DH

TOTAL : 800,00 DH
(Huit Cent Dirhams)

Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd Rachidi Place de la Fraternité
- CASABLANCA -

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Whatsapp : 06 56 53 61 42
58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057

N Dossier:
Nom de famille:
Prénom:

AFAKURU

Lina

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens


Interacoustics

21/02/2023 17:00:52

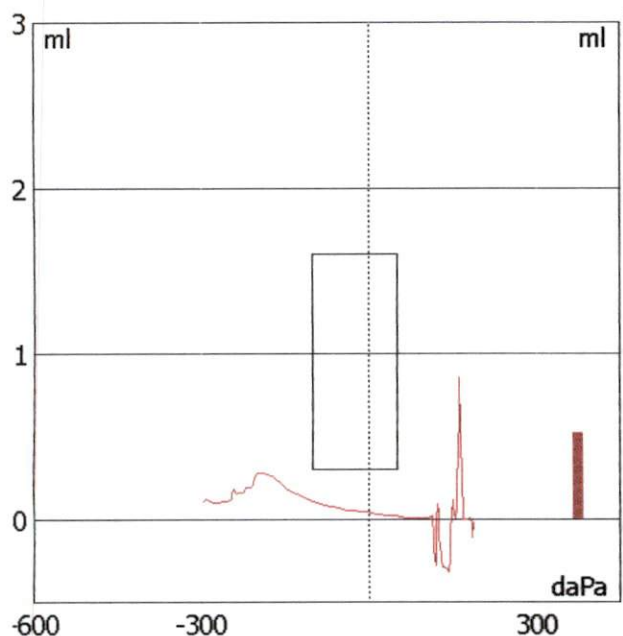
Droite

226 Hz

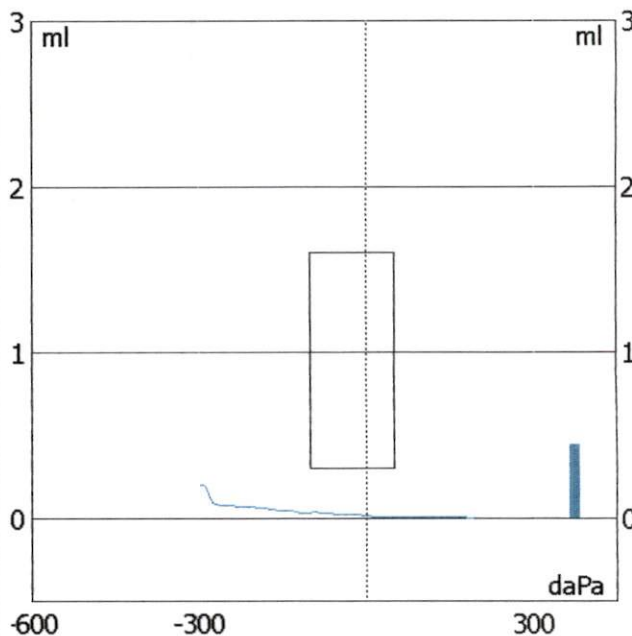
Tymp 226 Hz

Gauche

226 Hz

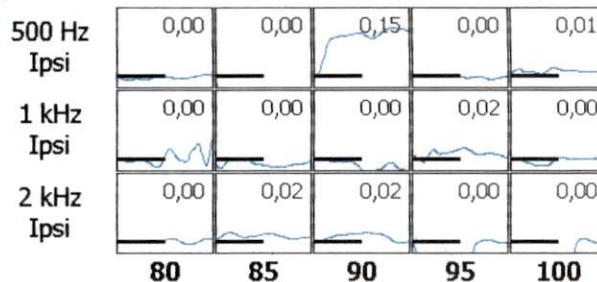
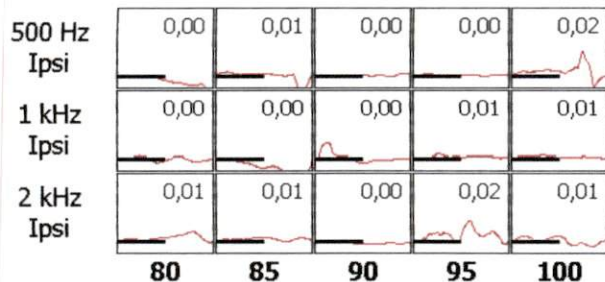


Volume (ml) 0,52 Pression (daPa) 162
Compliance (ml) 0,85 Gradient (daPa) 8

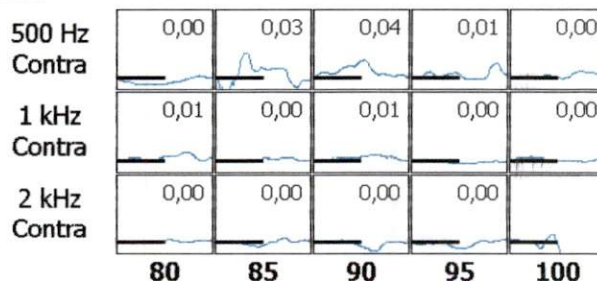
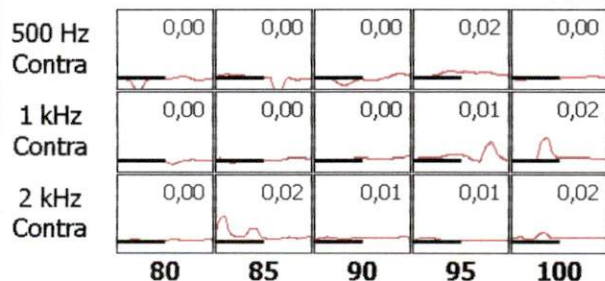


Volume (ml) 0,44 Pression (daPa) -296
Compliance (ml) 0,20 Gradient (daPa) 19

Reflexe ipsi



Réflexe contro



Dr. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILO-FACIALE
58, Bd Raemdi Place de la Fraternité
- CASABLANCA -