

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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



161893

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004064

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8605 Société : RA7  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GUARDI, Ibrahim Date de naissance : 13/08/1959  
 Adresse : Résidence CHARAB-02 Bloc 16 Imme n°5 Ain Leba  
 Tél : 06 11 17 11 12 Total des frais engagés : 922,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

IMP: 09102750

Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : BICHR, Saadie Age : 1959

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

Nature de la maladie : Affo

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 : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

08/12/23 C3  
(contrôle)  
09/12/23 K25  
(audiogramme)

300,00  
600,00

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

09/01/24 22,70

## 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

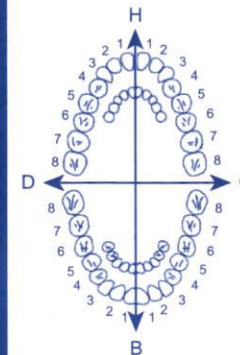
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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	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

**Docteur Brahim BENALI**

Professeur Agrégé

Diplômé des Universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

**SUR RENDEZ-VOUS**

24, Rue El Alloussi - Bourgogne

(Face Clinique Badr)

Casablanca

Tél. : C : 05.22.29.47.10 / 05.22.29.47.11

E-mail : benaliborlcasa@gmail.com

**الدكتور ابراهيم بنعلي**

أستاذ مبرز

خريج جامعات ليل و بروكسل

أمراض الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

معالجة الشخير — الصمم — الدوخة

بالموعـد

24، زنقة العلوسي - بوركون

(أمام مصحة بدر)

الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.29.47.11 / 05.22.29.47.10

البريد الإلكتروني : benaliborlcasa@gmail.com

Casablanca, le

09/5/2023

28.10

Bayentene crème

en cas de douleur



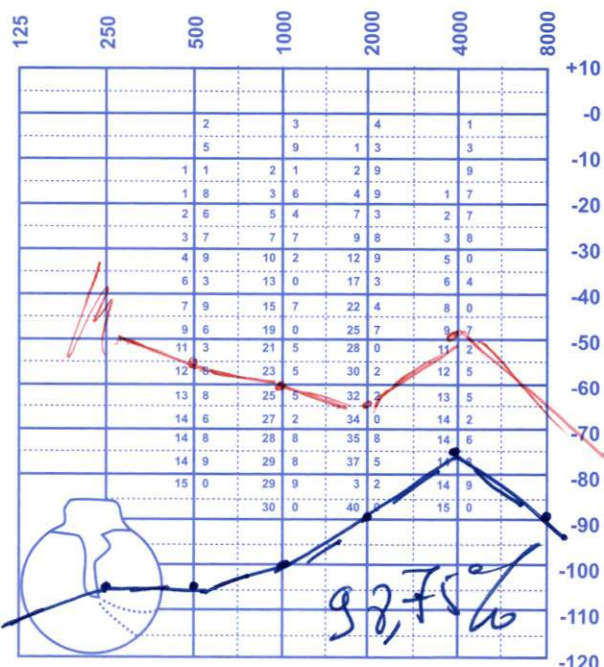
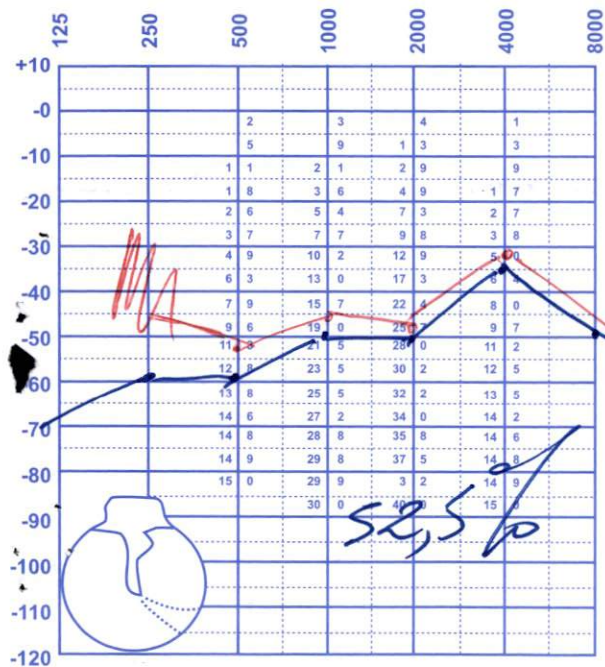
**PHARMACIE NICE**  
1. Av. Nice Residence Bouarraq  
RD Ma. N   3 Bourgogne  
Casablanca  
Tél : 05 22 94 93 39

**Dr. BENALI Brahim**  
Professeur Agrégé en O.R.L.  
24 Rue EL Alloussi Bourgogne  
Casa. Tél.: 05 22 29 47 10 / 11

En Cas d'Urgence, Contacter Clinique Badr - 35, Rue El Alloussi Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca

Tél. : 05.22.49.28.00 - 05.22.49.23.80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86

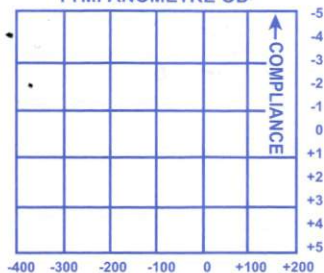




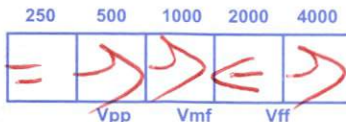
Bing

--	--	--

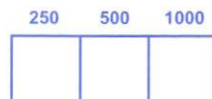
TYMPANOMETRE OD



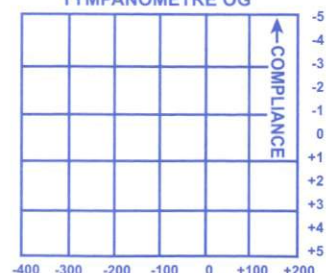
Bing



Bing



TYMPANOMETRE OG



I.C.A. = + + =  $\frac{1}{3}$  =

128

256

512

1024

2048

4096

8192

Nom

## Bicikl

Prénom

Sander

Age.

### ... Profession

Adresse

Date \_\_\_\_\_

09 Dec 2023

## AUDIOGRAMME

**OBSERVATIONS :**

Observations :  
Surdité de Perception  
OVR 52,5%

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :

Surveillance post-op  
Date :  
Côté :  
Type de l'intervention :

**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**

**T t : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11**

**Mail : benaliboricasa@gmail.com**

**Casablanca le, 09/05/2023**

**FACTURE**

**INP 091020750**

**IF 41405577**

**ICE 001677131000070**

**MME BICHRI SAADIA**

**Reçu la somme de :**

- Trois cents dirhams (300,00 dhs) pour consultation ORL le, 08/05/2023 ;**
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-impédancemétrique le, 09/05/2023.**

**Dr. BENALI Brahim**  
**Professeur Agrégé en O.R.L.**  
**24 Rue El Alloussi Bourgogne**  
**Casa: T l: 05 22 29 47 10 / 11**

AT235

# Subject: Data Printout

Id No : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Examiner: \_\_\_\_\_  
 Remarks: \_\_\_\_\_

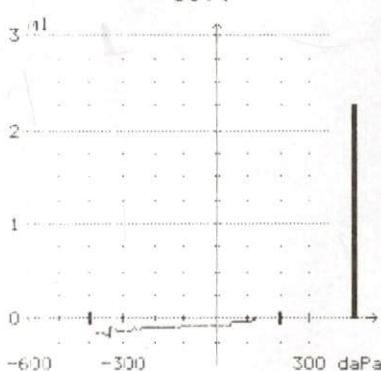
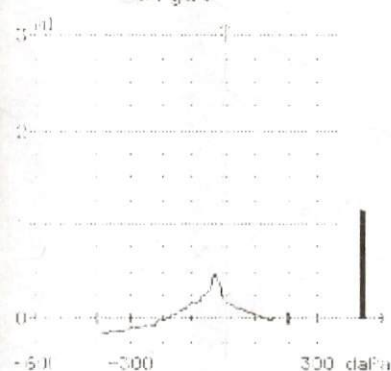
**Bickri-Saadie**

**08/05/23**

## Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 1.14 ml  
 Compliance 0.48 ml  
 Pressure -28 daPa  
 Gradient 0.30 ml

Ear Volume 2.26 ml  
 Compliance 0.00 ml  
 Pressure 0 daPa  
 Gradient

Right

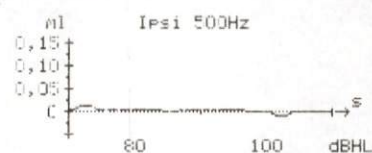
Left

Pressure -28 daPa

Pressure 0 daPa

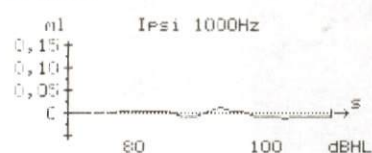
Sequence

Sequence



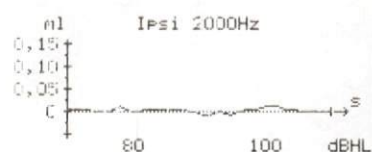
Sequence

Sequence



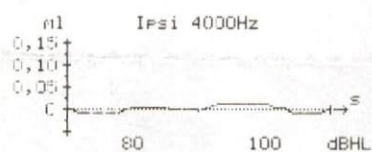
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



**Dr. BENALI Brahim**  
 Professeur Agrégé en O.R.L.  
 24 Rue EL Alloussi Bourgogne  
 Casa. Tél: 66 42 47 10