

# 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

- 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

161893

**Déclaration de Maladie : № P19-0004064**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8605**

Société : **R.A.T**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **GUARDI SORAYA AZZOUNE** Date de naissance : **13/08/1952**

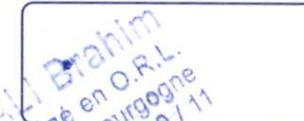
Adresse : **Résidence CHARAB 22, Bloc 16, Immeuble n°5, Ain Seba**

Tél. : **05 21 17 11 12** Total des frais engagés : **922,70** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**INP: 091020750**



Date de consultation : **08/05/2023**

Nom et prénom du malade : **Jean BICHRI Saadi** Age : **1959**

Lien de parenté : **Conjoint**  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Affection**

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) : **Jean BICHRI**

#### **RELEVE 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
08/5/2023	(Consultation)		300,-	DR. BENALI Professeur Agrégé en O.R.E Aliouss Bourgogne
09/5/2023	K 25		600,-	DR. BENALI Professeur Agrégé en O.R.E Aliouss Bourgogne

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMAN v. Nice Registre ONG. N° 3 BOUS Casablanca 31/05/94 39	09/05/12	82,30

## **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
		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													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
				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 TETE ET COU

Traitements 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 وابروكسيل

أمراض الأذن والأذن والحنجرة

جراحة الرأس والعنق

معالجة الشخير — الصم — الدوخة

بالموعد

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

INP: 091020750

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

Dr. BENALI Brahim  
Santé et Santé  
Bachri Saadie

Bay en tenu creus



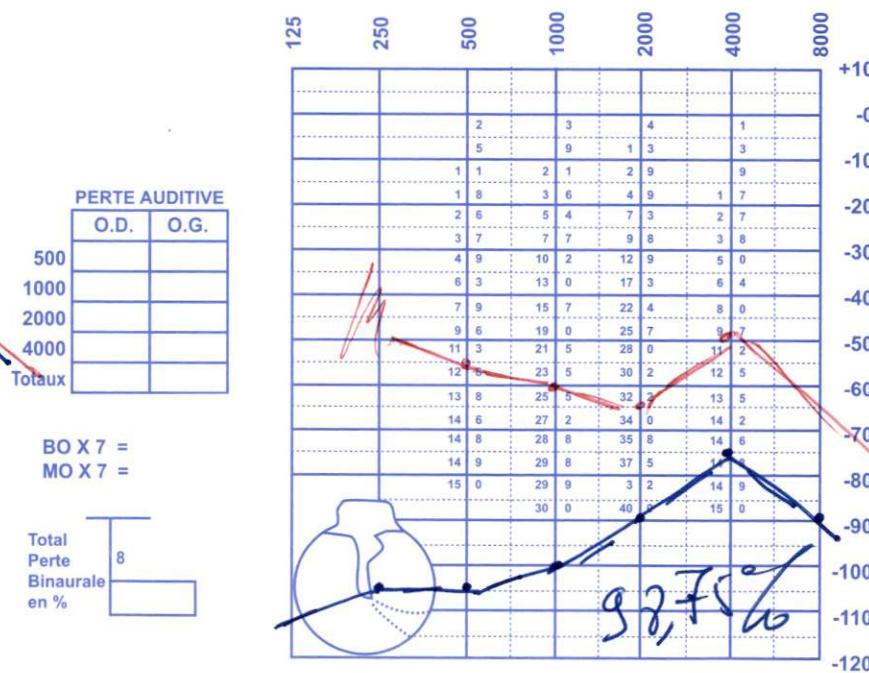
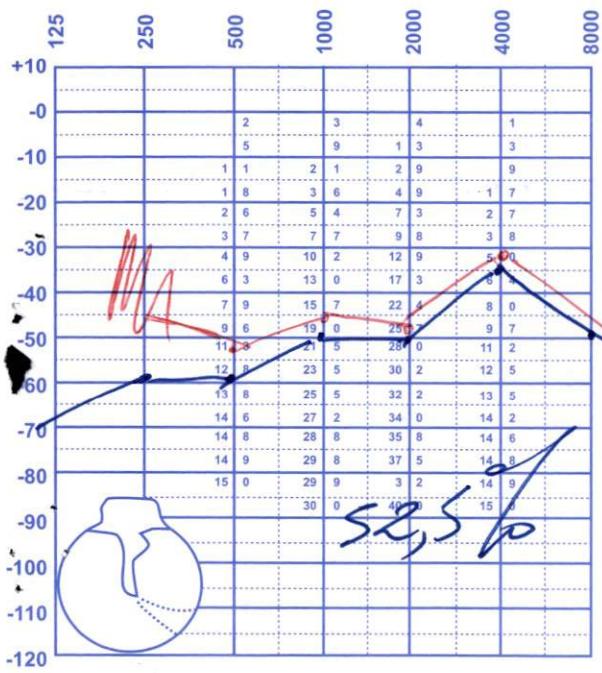
en cas de doute

PHARMACIE NICE  
1<sup>er</sup> AV. Nice Résidence Bourgogne  
RD Mg. N° 3, Bourgogne  
Tél.: 05 22 91 23 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



128      256      512      1024      2048      4096      8192

Nom BICHLER

Prénom Sas des

**Age** \_\_\_\_\_ **Profession** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

Date: 09 Dec 2023

## AUDIOGRAMME

## OBSERVATIONS

**Sur dite note de Perceptron**  
**on voit que**  
**sur 11644 personnes**  
**10375 sont classifiées**  
**soit 88,75%**  
**Sur dite note de Mixte de la**  
**Classification Cosa, il y a**  
**93,75% de bonnes**

## Traitement chirurgica

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

Traitements du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

CHIRURGIE TETE ET COU

24, Rue El Alloussi – Bourgogne  
(Face clinique Badr), Casablanca  
Tél : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11  
Mail : benaliborlcasa@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.

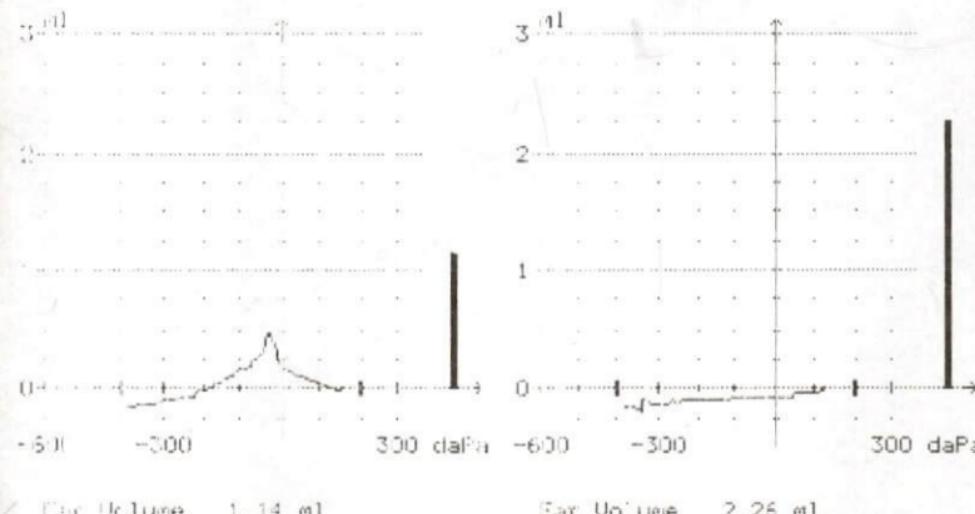
Dr. BENALI Brahim  
Professeur Agrégé en O.R.L.  
24 Rue El Alloussi Bourgogne  
Casab : Tél: 05 22 29 47 10 / 11

AT235

## Subject Data Printout

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

**BICURI-Saeedie** 09/05/23  
 Tympanogram



Ear Volume 1.14 ml Ear Volume 2.26 ml  
 Compliance 0.48 ml Compliance 0.00 ml  
 Pressure -26 daPa Pressure 0 daPa  
 Gradient 0.30 ml Gradient

