

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0022631

199305  
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 763 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL CANOUNI EL HASSAN  
 Date de naissance : 2.11.93  
 Adresse : 13 Rue Vanneaux OASIS  
 Tél. : 06 67 94 41 68 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 MARS 2024  
 Nom et prénom du malade : Dr. CHERIEF ELISSI EL CANOUNI Age : 30 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aff. DR  
 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 18/03/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
07 MARS 2022	C3 + K95 (Consultation pour op. can + pesée)		1000,00	DR. BENALI BROSSE Professeur Agrégé en O.D.F. 24 Rue P. Alloussi Bourgoin Cedex 05 22 29 47 10 / 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
LABORATOIRE DE CORRECTION AUDITIVE 23, rue Richer - 69002 Lyon Tél: 05 22 21 46 22 Fax: 05 22 44 31 54 Pec: 05 48 58 88 17 41 69 55 82 0016875 22000121 CAS 5 6221955	13/3/2024	4	2	4	2	20000

dent prothèses  
analyse Nupare SE ONLA  
Nupare C 507 AX  
Rdx 19009 x 2 = 38098 rs  
trente huit mille deux cent dix

# 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 <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																
			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

**Docteur Brahim BENALI**

**Professeur agrégé**

Diplôme des universités de Lille et Bruxelles

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE TÊTE ET COU

Traitement du Ronflement, de la Surdité et du Vertige

CHIRURGIE TÊTE ET COU

24, Rue El Alloussi – Bourgogne

(Face clinique Badr), Casablanca

Tél : Cab : 05 22.29.47.10 / 05 22.29.47.11

Mail : benaliborlca@gmail.com

Casablanca le, 07/03/2024

## FACTURE

INP 091020750

IF 41405577

ICE 001677131000070

Mme CHERIF IDRISSE EL GANOUNI KHADDOUJ

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

Reçu la somme de :

- Quatre cents dirhams (400,00 dhs ) pour consultation OR ;
- Six cents dirhams (600,00 dhs) pour examen audio-impédancemétrique.

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

128      256      512      1024      2048      4096      8192

DR BENALI Brahim  
Professeur Agrégé en O.R.L.  
Hôpital EL Aouassi Bourgogne  
05 47 29 47 10 / 11

Nom CHERIF IDRISI Prénom Khaddouj  
EL GANDINI Profession

Adresse.....

Date 07 Nov 2024

## AUDIOGRAMME

**OBSERVATIONS :**

OBSERVATIONS :

Sondite de Paraphimie  
OSTE : 53,75%

Sondite Mixte Glie.

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :

25%

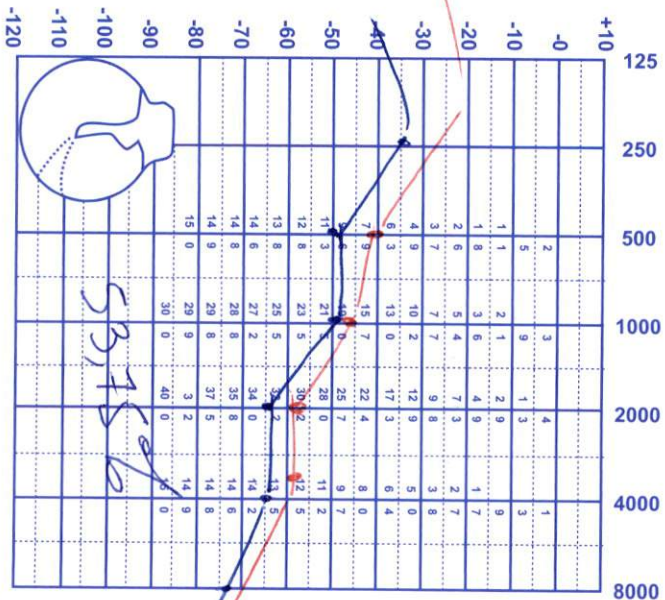
### Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :



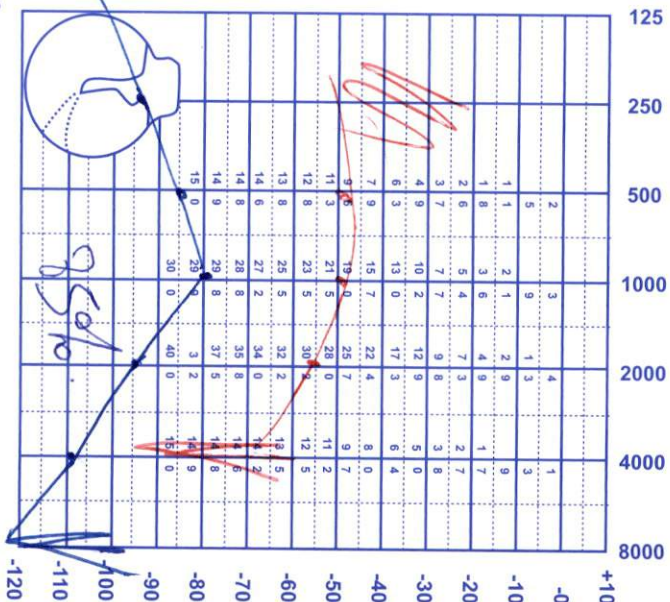


PERTE AUDITIVE	
O.D.	O.G.

BO X 7 =  
MO X 7 =

Total  
Perte  
Binaurale  
en %

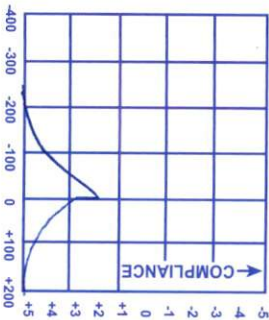
8



Bing

959160

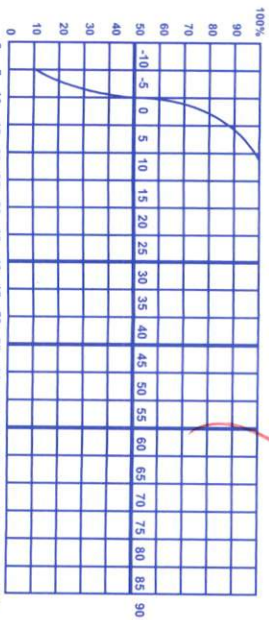
TYMPANOMETRE OD



250 500 1000 2000 4000

Bing

Vpp Vmf Vfr

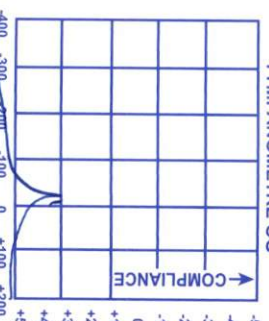


250 500 1000

Bing

959160

TYMPANOMETRE OG



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