

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

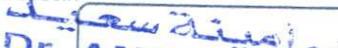
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

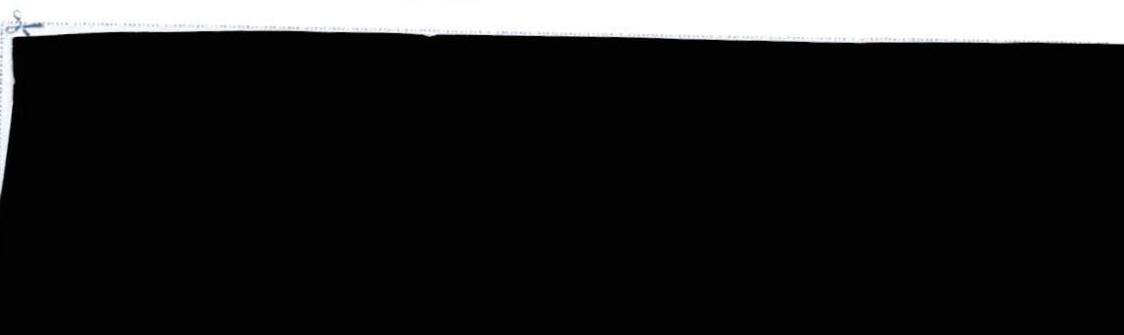
N° W19-537536

56312

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 03.508			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMANE			
Date de naissance : 1950			
Adresse : Rue 528, n° 17, Erac Beuargane, Agadir			
Tél. : 06.66.60.31.24	Total des frais engagés : 600, / Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
 Dr. AMINA SAID ORL-Chirurgie-Cervico-Faciale imm. MARHABA Av. 29 Février Talborj AGADIR - Tél : 028 82 70 70			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21.12.20			
Nom et prénom du malade : El Yazidi Abderrahmane Age : 1950			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : <input checked="" type="checkbox"/> Affection			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22.12.2007			
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 : AGADIR **Le : 21.12.20**
 Signature de l'adhérent(e) : 



ICE: 001884696000097
INP 04106-97

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21.12.70	Auditoscopie impedance 1025	Coef + 600 DH		IGE: 001884696000087 TNP: 04100293 - Dr. AMINA SAID ORL-Chirurgie-Cervico-Faciale MARHABA Av. 29 Fevrier Talborj: AGADIR - TAI: 028 82 70 70

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VIOLET ADHESIVE

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

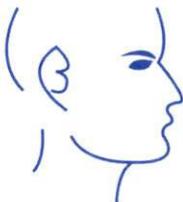
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina Said

Spécialiste en Otorhinolaryngologie

Maladies et Chirurgie des Oreilles
du nez, de la gorge, du cou et de la face



الدكتورة أمينة سعيد

إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن
الأذن، الحنجرة، جراحة العنق والوجه

ICE: 001884696000087

INP: 041002973

Note d'Honoraire

Agadir, le : 21.12.20

Nom : EL yaziDi Abderrahmane

Actes		Honoraires
Consultation	x	200 DH
Aspiration d'Oreille		/
Audiogramme + Impedancemetric : K25	x	400 DH
Nasofibroscopie : K15		/
Ablation de corps étranger		/
Autres :		/
Total :		2600 DH

La Présente Facture est Arrêtée à la somme de :

Two Six cents Dirhams

دكتورة أمينة سعيد

Dr. AMINA SAID
ORL-Chirurgie-Cervico-Faciale
Imm. MARHABA Av. 29 Fevrier Talborjt
AGADIR - Tél : 028 82 70 70

عمارة مرحبا شارع 29 فبراير تالبرجت أكادير - الهاتف : 05 28 82 70 70 - المحمول :

Imm. MARHABA - Av. 29 Février Talborjt Agadir - Tél : 05 28 82 70 70 - GSM : 06 61 38 60 20

E-mail : amina.said@rocketmail.com

No. 1002158

Id. No.:

Nom: EL YAZIDI

Examinateur:

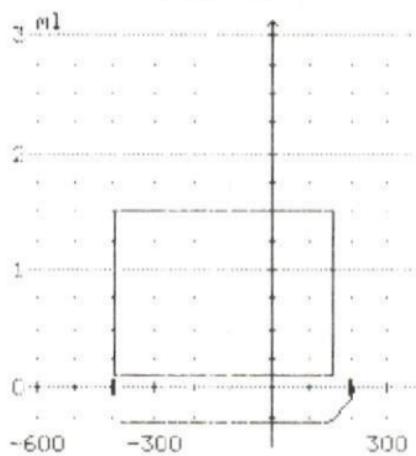
Remarques:

Date: 21.12.22

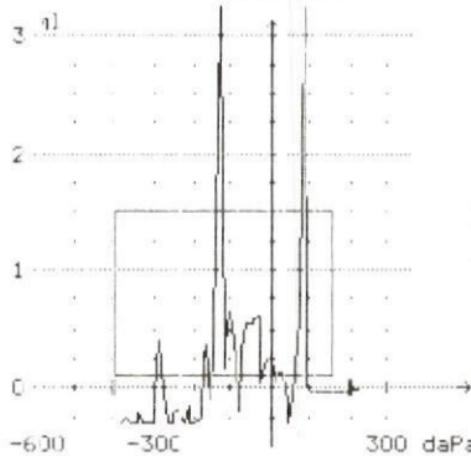
~~Dr. M. H. MAMOUR~~~~DR. SAMINA SAID~~~~ENT.-Chirurgie-Cervico-Faciale~~~~Imm. MARHABA AV. 29 Fevrier Talbot~~~~Tel: 022 92 77 77~~

226 Hz Tympanometrie

Droite



Gauche



Volume 4.96 ml

Compliance 0.00 ml

Pressure 0 daPa

Gradient

Volume 0.93 ml

Compliance 4.71 ml

Pressure 81 daPa

Gradient

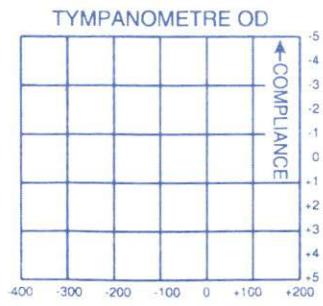
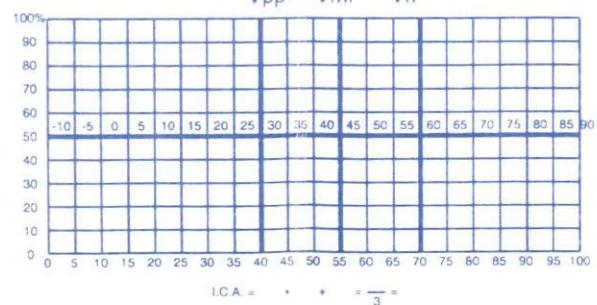
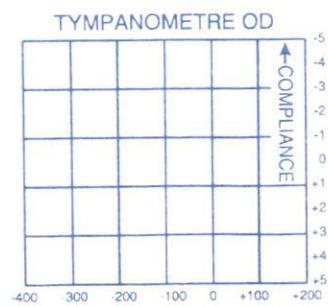
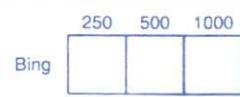
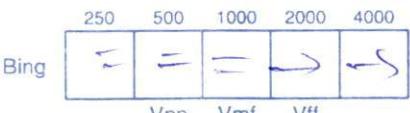
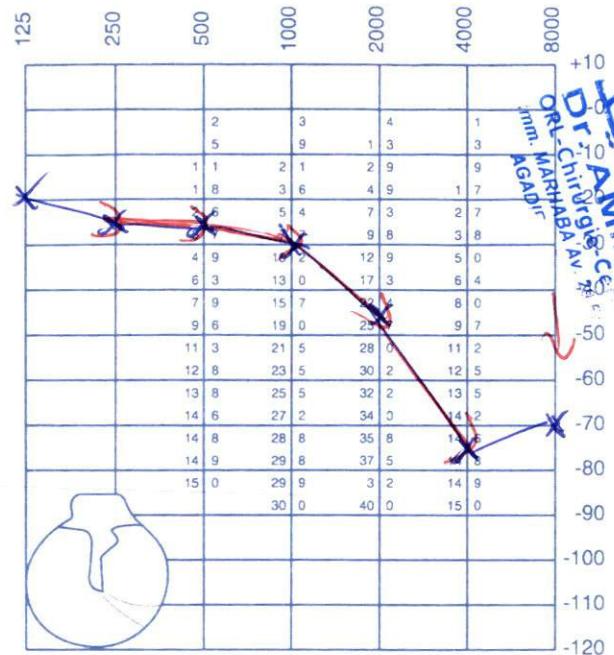
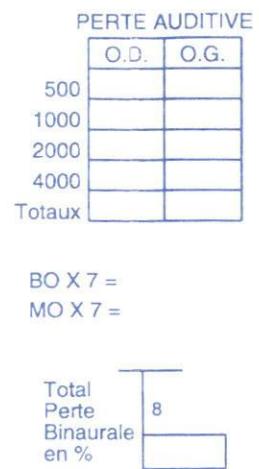
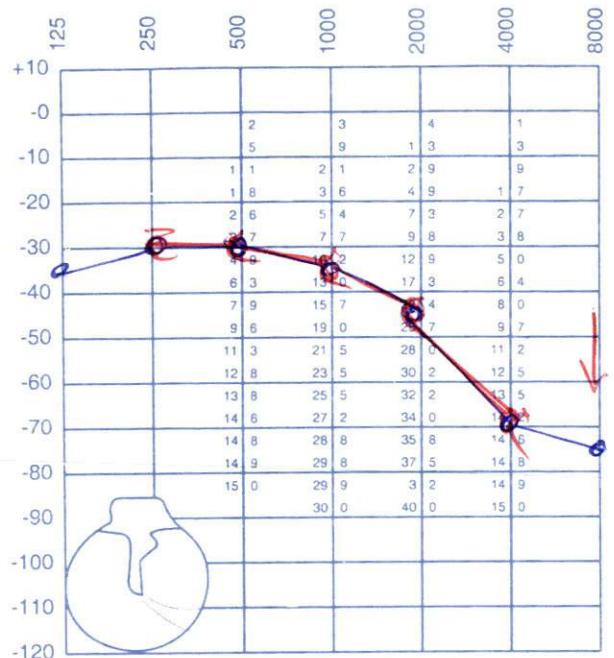
214 daPa

Réflexe

Droite

Gauche

Ipsi	500Hz	80dB	PASS	Ipsi	500Hz	80dB	RATE
Ipsi	1000Hz	80dB	RATE	Ipsi	1000Hz	80dB	RATE
Ipsi	2000Hz	80dB	PASS	Ipsi	2000Hz	80dB	RATE
Ipsi	4000Hz	80dB	PASS	Ipsi	4000Hz	80dB	RATE
Contra	500Hz	80dB	RATE	Contra	500Hz	80dB	RATE
Contra	1000Hz	80dB	PASS	Contra	1000Hz	80dB	RATE
Contra	2000Hz	80dB	PASS	Contra	2000Hz	80dB	RATE
Contra	4000Hz	80dB	RATE	Contra	4000Hz	80dB	RATE



Nom : El yazidi
 Prénom : Abdessattane
 Age :

Audite de percpstion bilatéral.
 Weber décalé à gauche.

Compte rendu

Docteur Amina Said

Spécialiste en Otorhinolaryngologie

Maladies et Chirurgie des Oreilles

du nez, de la gorge, du cou et de la face



الدكتورة أمينة سعيد

اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن

الأذن، الخدود، جراحة العنق والوجه

AUDIOGRAMME

IMPEDENCEMETRIE

DATE : 21 12 20