

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

N° W19-537536

56312

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 1950

Adresse : Rue 528, n° 17 Eric Bouargane, Agadir

Tél : 06 66 60 31 24

Total des frais engagés : 600

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 21.12.20

Nom et prénom du malade : EL YAZIDI Abderrahmane Age : 1950

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 : AGADIR

Le : 21.12.20

Signature de l'adhérent(e) :

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 (L.G.) - 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
En 18.10.2023	Soins dentaires	1025	600 DH	ICE: 001884696000087 MARHABA Av. 29 Feyzi Talborj AGADIR - Tél: 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
		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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

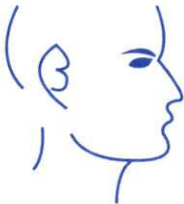
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



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

INP: 041002973

Agadir, le : 21.12.20

Nom : El yaZidi Abderrahmane

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

La Présente Facture est Arrêtée à la somme de :

± Six cents Dirhams

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. AMINA SAID

ORL-Chirurgie-Cervico-Faciale

mm. MARHABA Av. 29 Fevrier Talborjt

AGADIR - Tél : 028 82 70 70

MAICO MI 24

No. 1002158

Id. No.:

Nom: El yazi Di

Examineur:

Remarques:

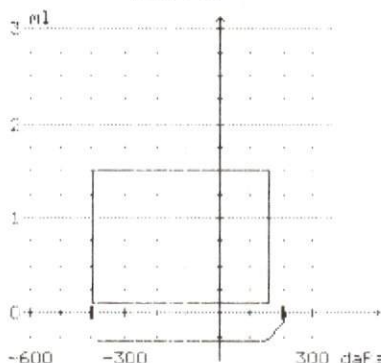
Date: 21.12.20

Dr. Mohamed Hmane

Dr. AMINA SAID
Spécialiste en
Chirurgie-Cervico-Faciale
Imm. MARHABA Av. 29 Février Talpou
AGADIR - Tel: 028 82 70 70

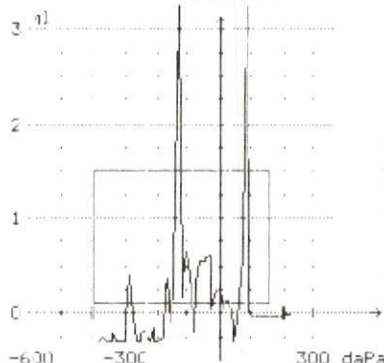
226 Hz Tympanométrie

Droite



Volume 4.96 ml
Compliance 0.00 ml
Pression 0 daPa
Gradient 264 daPa

Gauche



Volume 0.93 ml
Compliance 4.71 ml
Pression 81 daPa
Gradient 214 daPa

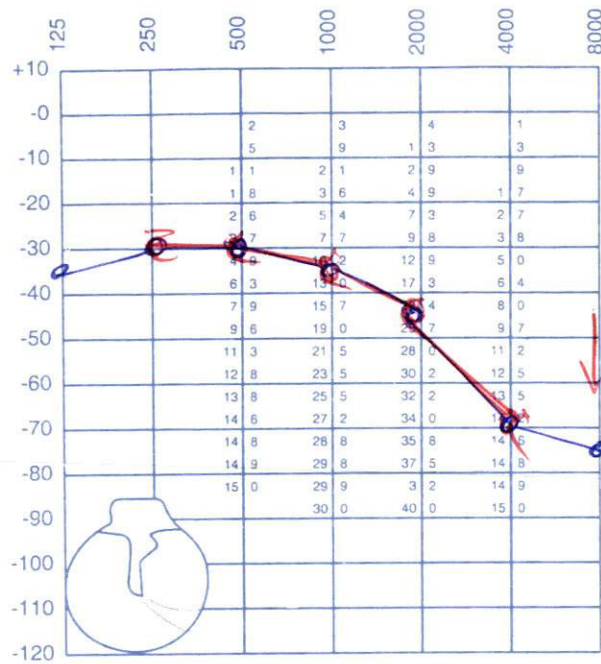
Reflexe

Droite

[Psi	500Hz:	80dB	PASS
[Psi	1000Hz:	80dB	RATE
[Psi	2000Hz:	80dB	PASS
[Psi	4000Hz:	80dB	PASS
Contra	500Hz:	80dB	RATE
Contra	1000Hz:	80dB	PASS
Contra	2000Hz:	80dB	PASS
Contra	4000Hz:	80dB	RATE

Gauche

[Psi	500Hz:	80dB	RATE
[Psi	1000Hz:	80dB	RATE
[Psi	2000Hz:	80dB	RATE
[Psi	4000Hz:	80dB	RATE
Contra	500Hz:	80dB	RATE
Contra	1000Hz:	80dB	RATE
Contra	2000Hz:	80dB	RATE
Contra	4000Hz:	80dB	RATE

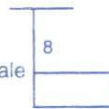


PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

BO X 7 =
MO X 7 =

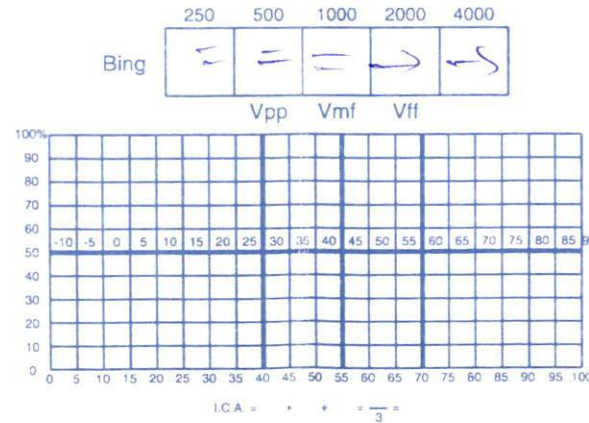
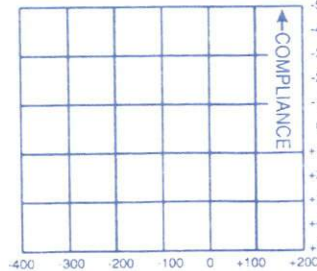
Total
Perte
Binaurale
en %



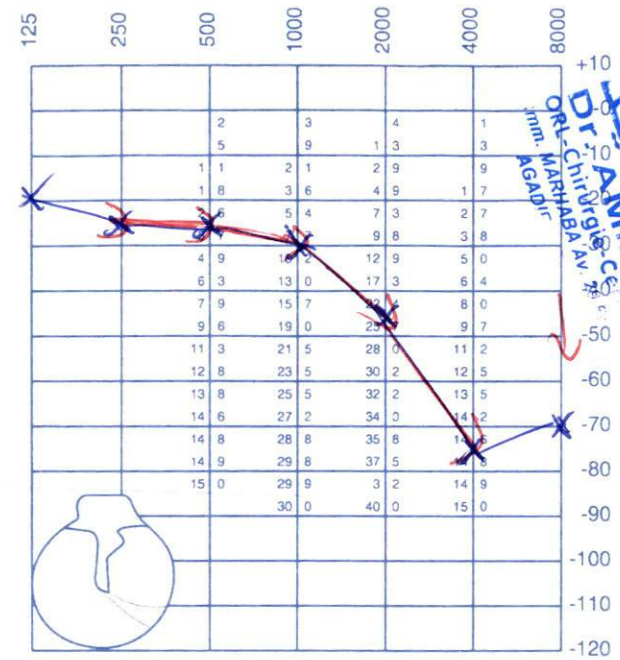
Bing



TYMPANOMETRE OD



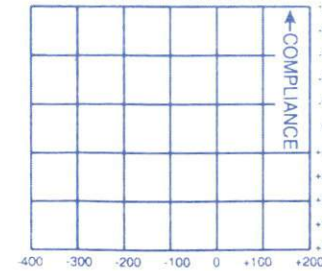
I.C.A. = $\frac{+}{3}$



Bing



TYMPANOMETRE OD



Compte rendu

Nom : El Yazidi
Prénom : Abderrahmane
Age :

audite de perception globale,
weber, dolbeur à gauche -

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
الأنف، الحنجرة، جراحة العنق والوجه

☒ **AUDIOGRAMME**

☒ **IMPEDENCEMETRIE**

DATE : 21 12 20