

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.

664108

Maladie **Dentaire** **Optique** **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)
MUPRAS Société : **R.A.M.**

Matricule : **AL MASMOUDI** Société : **Masrieng**

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : **AL MASMOUDI** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 61 47-54-30** Total des frais engagés : **115 AVR. 2021**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **18/11/2021**

Nom et prénom du malade : **AL MASMOUDI Malima** Age: **.....**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : **AL**

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Le 22/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@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
18/11/2021	CS + K10		600 Dhs	INP : 10101000654
18/11/2021	examen de la poitrine		500 Dhs	Signature du Médecin
	MAS. fibroscopie			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 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 Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

Note D'honoraires

Casablanca le : 18/01/2021

Mme / Mle / Mr / Enf : AL Masmoudi Mariem

Honoraire de :

- Consultation : 300 DH
- Audiometrie :
- Impedancemetrie :
- Nasofibroscopie : 500 DH
- Lavage des oreilles : 100 DH
- Aerosolotherapie :
- Endoscopie :
- Cauterisation :
- Micro aspiration :
- Autres :

TOTAL : NEUF cent DT'SY

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd. Zerkoune - Résidence Taïfaya Casablanca

Tel : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et Chirurgie

Nez-Gorge-Oreille-Face-Cou

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd Zerkouni - Rés. TARFAYA CASABLANCA

Tél: 0522 29 79 39

Tél: 0522 29 79 37

Casablanca : LE 18/01/2021

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

PATIENT : MME ALMASMOUDI MARIEMA

SIGNES FONCTIONNELS: SUIVI DE CARCINOME THYROIDIEN

PASSAGE PAR LES FOSSES NASALES ASSEZ AISE A GAUCHE

**F N ET RHINOPHARYNX : DEVIATION DE CLOISON A DROITE AVEC
HYPERTROPHIE DES CORNETS INFÉRIEURS**

CAVUM : RAS

PHARYNX : RAS

LARYNX : EPIGLOTTE ; LIBRE

CORDES VOCALES ; MOBILE

ARYTHENOÏDES ; MOBILES

SINUS PIRIFORMES ; LIBRES

CONCLUSION :NASOFIBROSCOPIE SUBNORMALE SANS LESION VISIBLE CE JOUR

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et Chirurgie : Nez - Gorge - Oreille - Face

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med V

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd Zerkouni Casablanca 10000 - Casablanca,

Tél: 0522 29 79 37 / 0522 29 79 39