

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.



RD
déja
envo

Déclaration de Maladie : N° S19-0001223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme JENNATE Date de naissance : 12.06.1949

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 24.000,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RADAT Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RADAT

Le : 14.12.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

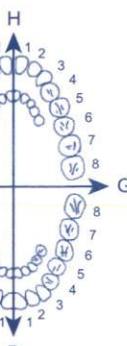
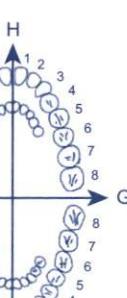
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|--------|------------|----------|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Sté AUDITION TECH sarl Appt. 6 imme. 15 Au. France 3ème Etage Agdat-Rabat Tél. 06 62 59 47 68 | 14/12/2022 | 2 | prothese s | Audi-Vis | | 24 000,00 |

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 <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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | 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

FACTURE N° : 00296RA/22

Client : JENNAT MALIKA

Date : 14/12/2022

| Désignation | Quantité | Prix Unit/HT | Prix Total HT |
|---|----------|--------------|---------------|
| <i>Prothèse Auditive Numérique Haute Technologie :</i> <i>Type : RIC</i> <u>ANAM : FA 100001.</u> | 2 | 12 000.00 | 24 000.00 |
| • 2 Ans de garantie • Contrôle gratuit • Service après-vente gratuit | | | |
| Mode de paiement : | | Sous Total | 24 000.00 |
| | | TVA 00% | 00.00 |
| | | TTC | 24 000.00 |

* Vente des prothèses auditives en exonération de la TVA suivant l'article 91-VI-2 du CGI.

Arrêter la présente Facture à la somme de : **Vingt-Quatre- Mille dirhams**

Sté AUDITION TECH sarl
Appt. 6 Imm. 15 Av. France
3ème Etage Agdal - Rabat
Tél. 06 62 59 47 68

Pr. Amina EL MESSAOUDI DINIA
 Oto - Rhino - Laryngologie
 Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
 Diplômée de la Faculté de Médecine
de Toulouse
 Ancien Professeur à la Faculté
de Médecine de Rabat

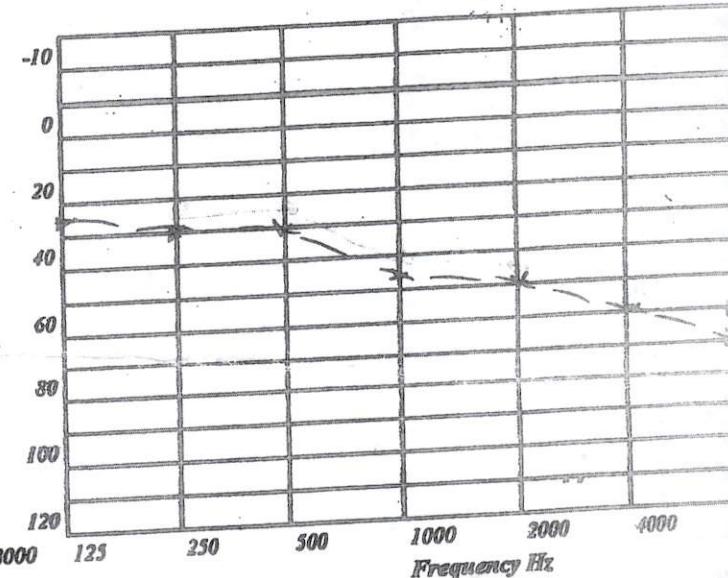
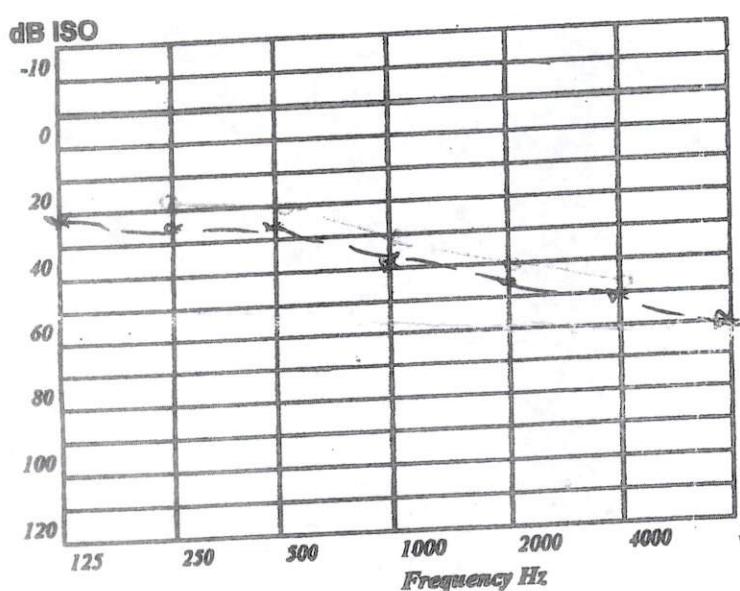
Rabat le 21.6.2022

EXAMEN AUDIOMETRIQUE

NOM: Nolika Jennell AGE: 1849

Oreille droite

Oreille gauche



EPREUVE DE WEBER



- Sensibilité de perception bilatérale
 - à -50 dB à droite et -60 dB à gauche
- coupe a myelome

E-Mail : aminaelmessaoudi@yahoo.fr

46, Av. de France - Appt. 6, Agdal - RABAT - Tel : 037 77 77 80 - GSM : 061 13 52 48

Dr. Amina EL MESSAOUDI
 Professeur en ORL
 Chirurgie Cervico-Faciale
 46, Av. de France - Appt. 6, Agdal
 Rabat - Tel : 037 77 77 80
 ICE: 001643244000063