

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0028998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9667

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MASMoudi YASMINE

Date de naissance : 10/01/68

Adresse : Bd des clubs - RS NEXT Rense 1-APT. H3

Tél : 0667 441250

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
19, Av. Hassan II - 5^e étage
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/2023

Nom et prénom du malade : MASMoudi YASMINE Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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
06 FEV. 2023	V2 + K25 + K10		800	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.02.2023	666,90

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	

RELEVÉ 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 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذنين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
فاكس : 0522 22 71 24

06 FEV. 2023

Casablanca, le

205,80
Tawani

71,30
Tawani

57,16
Anapied 20
2, le motu 5

16,30
Sourpau
3 fe 3-a

119,10
Risonel

2/1 Mator - 1 pl 15
96,20 ✓
ceboxal fleu pte arder

15

79,90 pte 2e

Fitorax aroy

1 cap 2x

S

15 bis, Rue d'Alger
Beni Melloul Casablanca
Tél. 0522 25 52 63
ADTE AMOR
ADTE ODYSSEI

Pharmacie HAMD LOUNIS
15 bis, Rue d'Alger
Beni Melloul Casablanca
Tél. 0522 25 52 63

16,30

N° du Lot
Date Per.
P.P.V: 119,10 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V: 205,00 DH

لا يبيد
من شهر من بعد فتحه.
يحفظ الدواء بعيدا عن متناول و
مراى الأطفال.
ZENITH Pharma
MM N°37083/12/21/TR/DMP/ZE/01
6 11800 10273539
PPV : 96,20 DH

LOT : M0822
PER : 07/2024
PPV : 57,10DH

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لوئيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذنين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (إمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
فاكس : 0522 22 71 24

06 FEB. 2023

Casablanca, le

Nom / Prénom :

COMPTE RENDU

☒ Consultation ORL

☒ K30 : Nasofibroscopie

☒ K20 : Audiogramme

☒ K10 : Impédance métrie

☐ K10 : Lavage d'oreille

☐ Autre :

Conclusion :

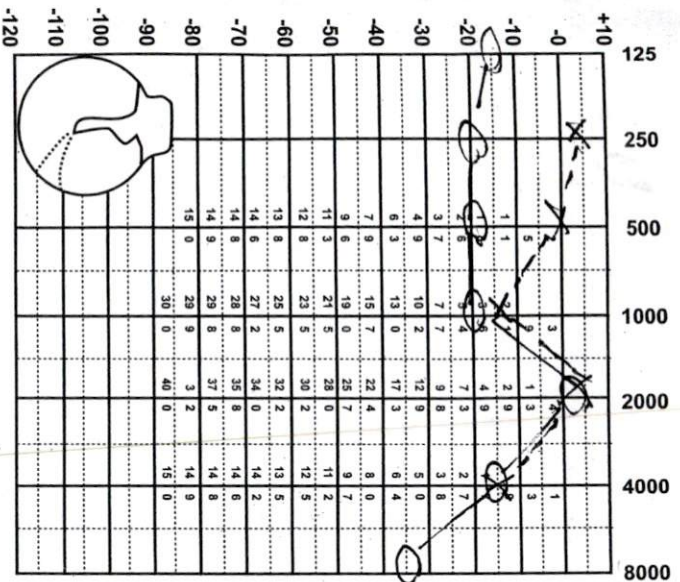
Rhinite allergique chronique
cataracte tubaire bilatérale
hypertonie nasale ORL modérée
hypertonie nasale ORL modérée

Forfait :

800 Dtt

Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
19, Av. Hassan II - 5^e étage
Tél. : 0522 22 66 11 - CASABLANCA

06 FEV. 2023



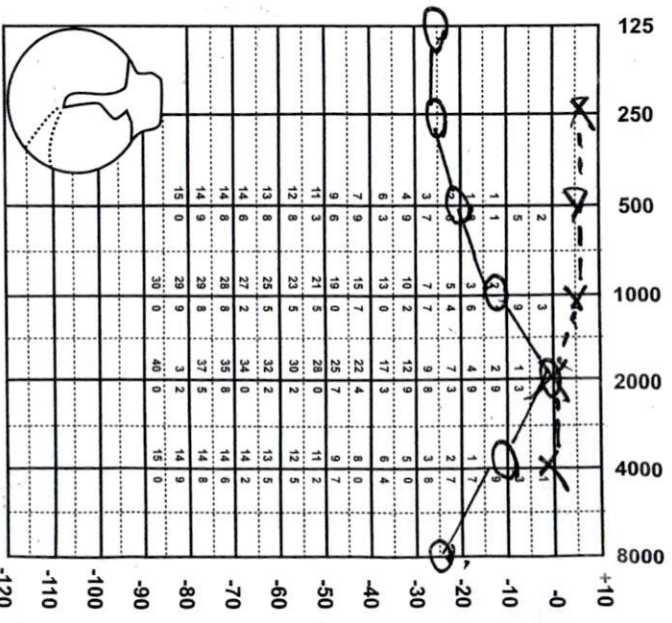
PERIE AUDITIVE

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

BO X 7 =
MOX 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

8



Bing

--	--	--	--

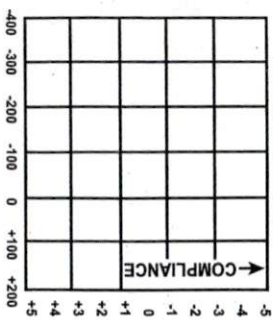
Bing

--	--	--	--	--	--

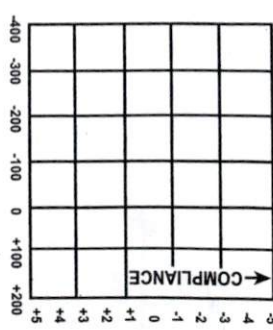
Bing

--	--	--	--

TYMPANOMETRE OD



TYMPANOMETRE OG



I.C.A. = + = 3 =



Docteur HANID LOUNIS
O.R.L ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
19, av. Hassan II - 54 étages
25000 ALGER ALGERIE

[illegible]

ПАСНОЕ

✓ Asma

Profession

Adresse

06 FEB 1953

OBSERVATIONS :

Type de l'intervention

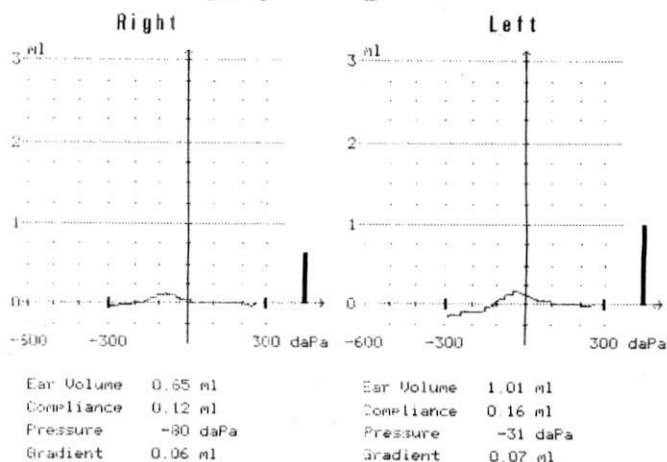
Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
19, Av. Hassan II - 5^e étage
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Docteur HAMID LOUNIS
 ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
 19, Av. Hassan II - 5^e étage
 TEL : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Subject Data Printout

Id No.: _____ Date: **06 FEB. 2023**
 Sex: _____ Age: _____
 Name: *M. S. R. D. Y. J. M.*
 Address: _____
 City: _____
 State: _____
 Country: _____
 Phone: _____
 E-mail: _____
 Examiner: _____
 Remarks: _____

Tympanogram



Reflex

