

# 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.

## 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 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0008870

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAKI ABDEL AZIZ  
 Date de naissance : 1940  
 Adresse : AMERCHICH MERSTANE 3 N° 181 MARRAKCH  
 Tél. : 0610187982 Total des frais engagés : 600DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/06  
 Nom et prénom du malade : RAKI Abdel Aziz Age : 83 ans  
 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 : MARRAKCH

Le : 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
14/06/25	Audio	1	600,00	DR. ROCHDI YOUSSEF Professeur ORL - PMU Mohammed VI INPE : 071185455

# 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

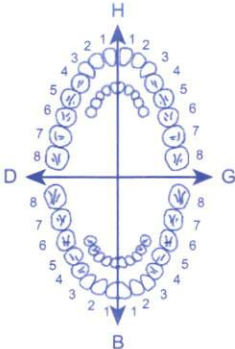
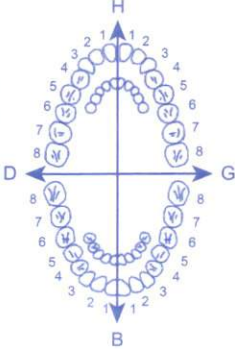
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              00000000              35533411              B           </div> <div>             G              00000000              11433553           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
(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



# CENTRES DE CORRECTION AUDITIVE مراكز تصحيح السمع



Oumama BELFQUIH  
Audioprothésiste - Diplômée d'état

DR. ROCHDI YOUSSEF  
جراحة الأذن الأنف الحنجرة و العنق  
Professeur ORL - CHU Mohammed VI  
INPE : 071186456

Veillez procéder à

- L'appareillage audioprothétique de

☒ O.D.

☒ O.G.

- La fabrication d'embout (anti-eau / anti-bruit) à

☐ O.D.

☐ O.G.

- L'essai avec vibreur osseux

☐ O.D.

☐ O.G.

- L'audiométrie comportementale de l'enfant avec et sans correction

☐ O.D.

☐ O.G.

Observations

Hypocalcémie bilatérale sévère

MARRAKECH

N°7, Angle Al Moukawama et rue Capitaine Arrigui, Résidence Hanane Guéliz

Tél : 05 24 30 00 93

GSM : 06 61 30 44 89

DR. ROCHDI YOUSSEF  
جراحة الأذن الأنف الحنجرة و العنق  
Professeur ORL - CHU Mohammed VI  
INPE : 071186456



auditec

Les centres de correction auditive  
مراكز تصحيح السمع



# CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477  
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation  
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

## F A C T U R E

N° 13 205 / 2023 du 14/06/2023

Nom patient	RAKI ABDELAZIZ	Entrée	Sortie
		14/06/2023	14/06/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AUDIOGRAMME	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Frais Clinique				200,00
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. ROCHDI YOUSSEF (orl)	1,00	CS	250,00	250,00
PR. ROCHDI YOUSSEF (orl)	1,00	AUDIOGRAMME	150,00	150,00
			Sous-Total	400,00
Total prestations externes				400,00

		Total général	600,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
SIX CENTS DIRHAMS			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	600,00				600,00	0,00





Person Id:

First name:

RAKi

Last name:

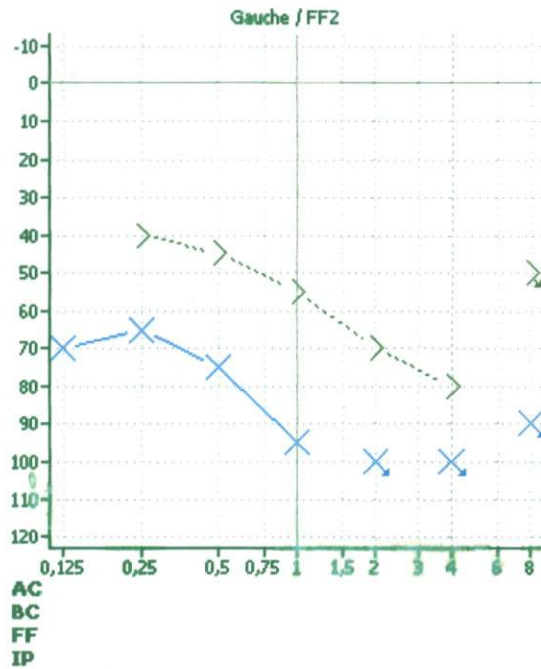
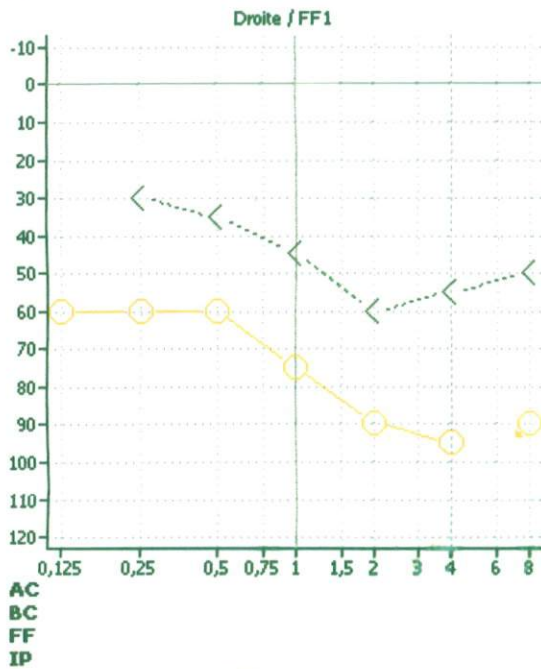
Alde 6212

Interacoustics A/S  
Drejervænget 8  
5610 Assens

Interacoustics®  
leading diagnostic solutions

14/06/2023 21:00:29

Tonale



Présentation des symboles

Droite Gauche 'fibrateur fibrateur ( FF1 FF2  
H M H M H M H M H M  
HL UCL

Audiogramme

OD + OG : Hypo-sus mixte  
bilatérale, sévère = prof de

DR. ROCHDI YOUSSEF  
جراحة الأذن والحنجرة و العنق  
Professeur ORL - CHU Mohammed VI  
TINPE : 071/86456





مصحة المطار  
CLINIQUE L'AEROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

REÇU <sup>(1)</sup>

Nº 009486

M / M<sup>me</sup>

Rakhi ABdelaziz  
300000

a payé

La somme de

en règlement des frais de son hospitalisation

Du 11/06/23 au

Signature et cachet

Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.