

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- 0020631 197564

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2124 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FTAILI FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection

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 : Le :/...../.....

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
12/08/24	2-18	(2)	600,00	

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

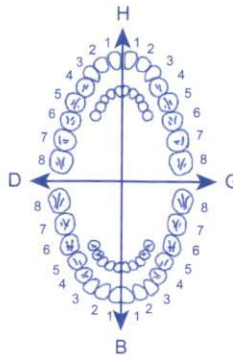
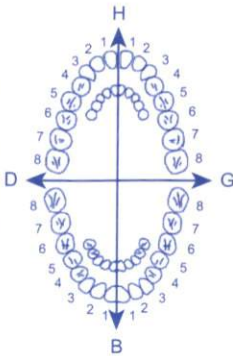
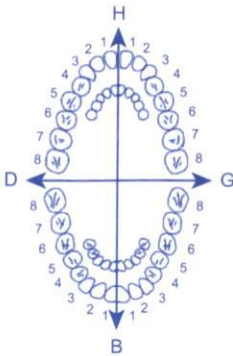
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																				
25533412				21433552																
00000000				00000000																
D				G																
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialité en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervico-faciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplôme en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations Fonctionnelles en ORL : Vertiges et
troubles de l'équilibre, Vidéo-nystagmographie,

Troubles de l'audition, troubles et tests de
déglutition, Vidéo-endoscopie

دكتورة هند التسماني

أخصائية أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه و
العنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال كراسدو)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقة في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران - مستشفى بيرسي-

الكشف الوظيفي في طب الأنف و الأذن و الحنجرة : الدوخة

واضطرابات التوازن, تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة
العين

ضعف السمع , اضطرابات البلع , التنظير الطبي

Rabat, le 12/02/2024

NOTE D'HONORAIRES de Mme. FTAILI Farida

EXAMEN : CONSULTATION + AUDIOGRAMME

COTATION : Cs + K20

HONORAIRES : 300 dh + 300 dh

TOTAL : 600.00 dh (six cent dirhams)

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 16 13 - GSM : 0659 64 15 70
101174498

32, rue Abou Derr - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 16 13 / 06 59 64 15

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de
l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition,
troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

التمسماني هند د

الوجه والعنق جراحة و الحنجرة و الأنف و الأذن أخصائية أمراض

الفرنسية العسكرية المستشفيات خريجة (دو كراس فال)

الملكية المسلحة القوات في سابقا راند رتبة من طبية

الخامس محمد الدراسي العسكري المستشفى في سابقا طبية

الطيران طب في خبيرة (بيرسي مستشفى)

الحنجرة و الأذن و الأنف طب في الوظيفي الكشف: و الدوخة

التوازن اضطرابات, العين حركة تسجيل طريق عن الدوخة تقييم

السمع ضعف, البلع اضطرابات, الطبي التنظير

Rabat, le 12/02/2024

CERTIFICAT MEDICAL POUR APPAREILLAGE AUDITIF

Je soussignée

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngolog
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 16 13 / GSM : 0659 64 15 70
101174498

Certifie que Mme. Farida FTAHLI

Présente une surdité de perception bilatérale, nécessitant un appareillage auditif.

Certificat délivré à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngolog
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 16 13 / GSM : 0659 64 15 70
101174498

32, rue Abou Derr - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 16 13 / 06 59 64 15 70

Id patient:

Nom de famille: FAMILI

Prénom: FARIDA

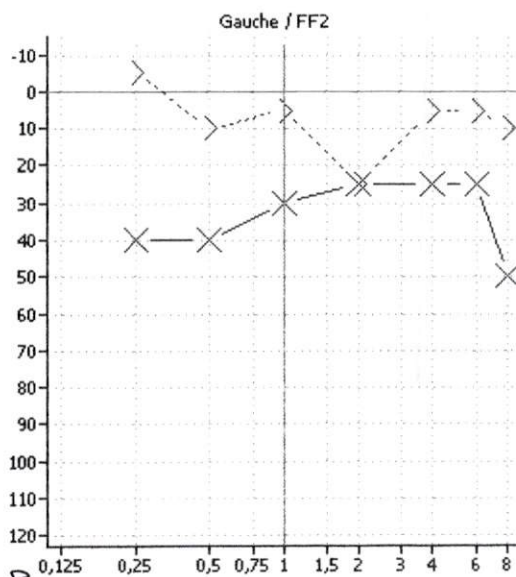
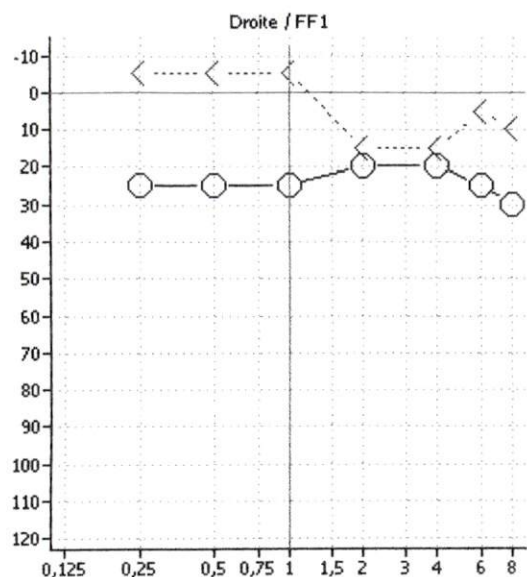
Interacoustics A/S
Audiometer Allé 1
5500 Middelfart



Interacoustics

12/02/2024 16:39:58

Tonale



Présentation des symboles

	Droite				Gauche				fibrateur				fibrateur (FF1	FF2
HL	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
UCL	○	△	×	□	<	[>]	○	△	×	□	<	[>]	○	△

- oreilles:
 - VA pures entre 20 et 30 dB.
 - C_{21} pures entre -5 et 15 dB.
- oreilles:
 - VA pures entre 25 et 50 dB.
 - C_{21} pures entre -5 et 25 dB.

Dr. Hind TEMSANANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr Agdal - Rabat
Tél.: 0637 97 16 13 - GSM: 0659 64 15 7
101174498

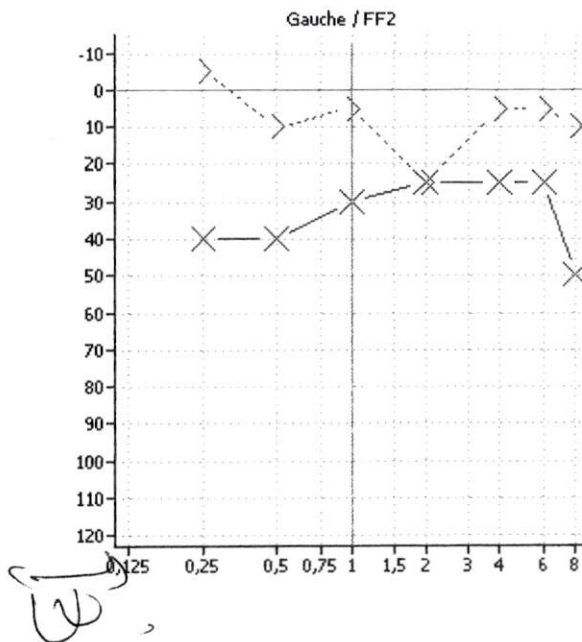
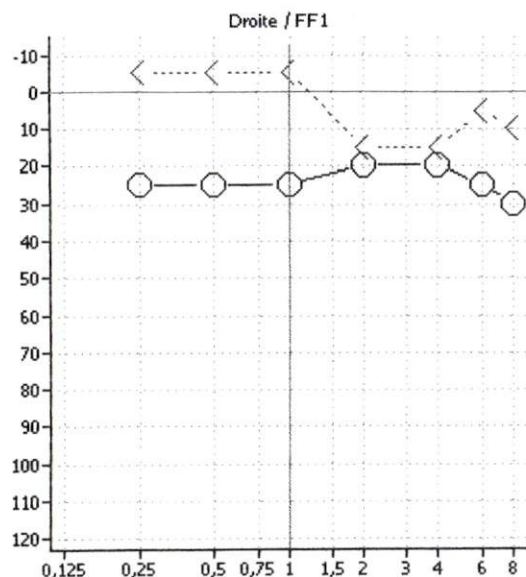
Id patient:
 Nom de famille: **Farli**
 Prénom: **Farida**

Interacoustics A/S
 Audiometer Allé 1
 5500 Middelfart



12/02/2024 16:40:15

Tonale



Présentation des symboles

	Droite		Gauche		fibrateur		fibrateur		FF1	FF2	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
HL	○	△	×	□	<	[>]	○	△	×
UCL	▢	▢	▢	▢					▢	▢	▢

Dr. Hind YEMSAMANI
 Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
 et Chirurgie Cervico-Faciale
 32, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat
 Tél.: 0537 67 16 13 - GSM: 0656 64 15 15

