

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.

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

N° P19-0039391

ND = 16h20

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 720 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HACHADI Mohamed

Date de naissance : 03/01/47

Adresse : Rue 15, No 67 Jaurica to C.D. CASA

Tél. : 0667316873 Total des frais engagés : 250 + 253,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2019

Nom et prénom du malade : Hachadi Ned Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A. cou pharynx

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 : CASA Le : 09/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/12/19			250,00	
24/12/19	audience Impédance		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/19	263,80

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'

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	COEFFICIENT 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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		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

Centre d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale EL ALIA

Dr EL KHIATI Rhizlane

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Explorations de la Surdité, des Acouphènes et des vertiges
Explorations endoscopiques
Allergologie ORL

الدكتورة الخياطي غزلان

طبيبة اختصاصية في امراض وجراحة الاذن،
الانف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
تشخيص الدوخة الطنين ونقص السمع
تشخيص بالمنظار الداخلي - امراض الحساسية

Mohammedia, le 09.12.19

Hachedi Med

134.80

100% Nootropyl

42.00

20% predni domg

87.00

3% Relaxium 300

263.80

134.80

1 cp x 3/j

3 cp

1 g 42.00

LOT N°:

DT. AV:

PPV:

Dr. EL KHIATI Rhizlane
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Abdelkrim El Khattabi - Mohammedia
Pharmacie Ibn Kheirid - Mohammedia
Tél. : 05 23 28 26 30 - 05 62 75 22

LOT: 170350
DLUO: 19/2022
87.60DH

MB 720

Dr Elkhiati Rhizlane

24/12/2019

ORL et chirurgie Cervico –faciale

Exploration surdité, acouphènes, vertiges

Explorations Endoscopiques

INP : 0091175570

ICE : 001875736000089

Facture

Nom : hachadi

Prénom : med

Audiogramme+Imp dencemetrie

400.00 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre Cents Dirhams


DR. EL KHIATI RHIZLANE
ORL et Chirurgie Cervico-faciale
Rue Abdelkrim Elkhattabi - Mohammedia
Tél : 0523282630 - 06 63 75 33 49

Dr EL KHIATI Rhizlane

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Explorations de la Surdité, des Acouphènes et des vertiges
Explorations endoscopiques
Allergologie ORL

الدكتورة الخياطي غزلان

طبيبة اختصاصية في امراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق - تشخيص الدوخة الطنين ونقص السمع تشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Mohammedia, le 09.12.19

CR de la Gs de M^{re} Hachedi M^{ed}

Je soussigné certifié

Dr. EL KHIATI Rhizlane
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Rue Abdelkrim Khattabi Immeuble
Pharmacie Ibn Rochd - Mohammedia
Tél.: 05 23 28 26 30 - 06 62 75 26 60

avoir vu en consultation M^{re} Hachedi M^{ed} pour acouphènes de l'oreille droite. L'examen retrouve une obusopie ss particul n es. Un audio-imp. afin d'éliminer un neurinome de l'acoustique a été fait le 24.12.19 qui ne retrouve pas de surdité

de perception \rightarrow TTT médical prescrit.

Dr. EL KHIATI-Rhizane
ORL et Chirurgie Cervico-faciale
Rue Abdoukrim Khattabi Ininezoula
Pharmacie Ibn Rochd - Mohammedia
Tél.: 01 21 28 26 30 - 06 68 75 26 60

M^R Hachadi Med

Subject Data Printout

Id No : _____ Date: 26.12.19

Sex : _____ Age : _____

Name : _____

Address : _____

City : _____

State : _____

Country : _____

Phone : _____

E-mail : _____

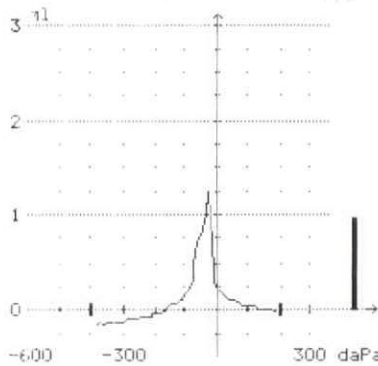
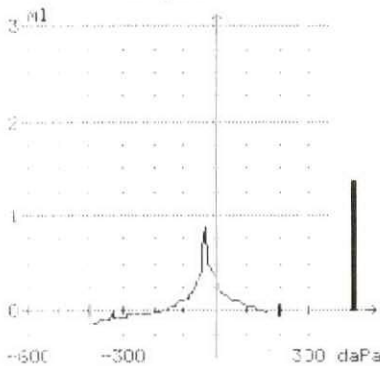
Examiner : _____

Remarks : _____

Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 1.36 ml
Compliance 0.90 ml
Pressure -33 daPa
Gradient 0.70 ml

Ear Volume 0.97 ml
Compliance 1.24 ml
Pressure -27 daPa
Gradient 0.99 ml

Reflex

Right

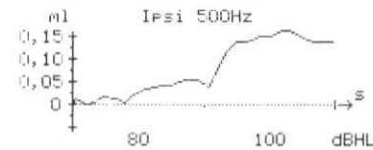
Left

Pressure -33 daPa

Pressure -27 daPa

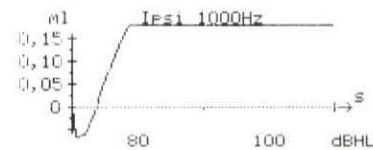
Sequence

Sequence



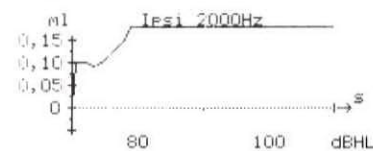
Sequence

Sequence



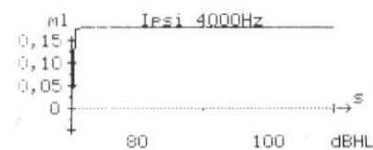
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



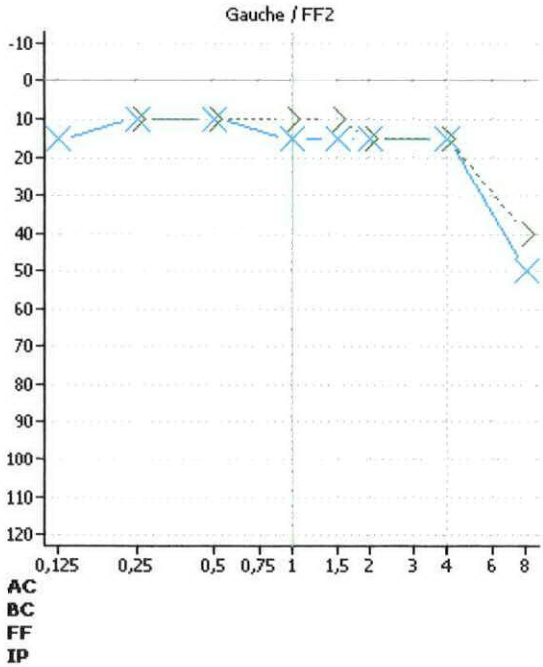
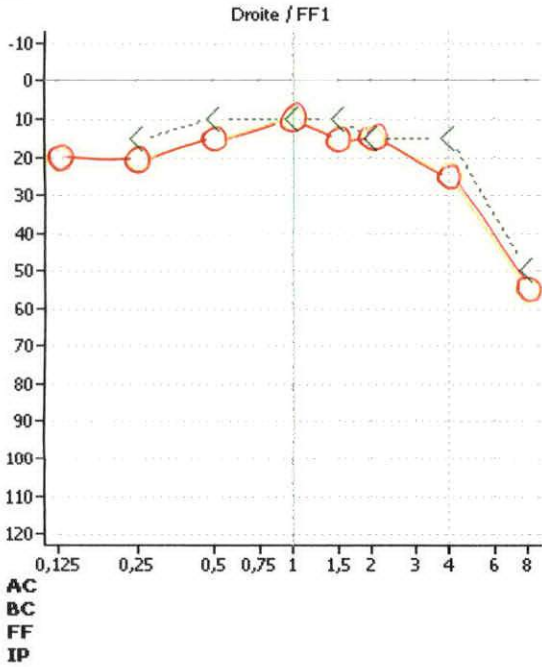
Person Id: M^r Hachedi.
 First name: Mea.
 Last name:

Interacoustics A/S
 Drejervænget 8
 5610 Assens

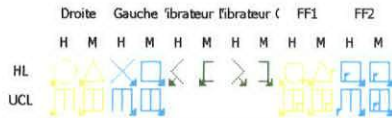


24/12/2019 14:52:02

Tonale



Présentation des symboles



Au total = audition normale.

Dr. EL KHIATI Rhizlane
 ORL et chirurgie Cervico-Faciale
 Rue Abdoukrim Khattab Immeuble 8
 Pharmacie Ibn Rochd - Mohammadia
 Tél.: 05 75 28 16 30 - 06 62 75 26 60