

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.



120865

Déclaration de Maladie : N° S19-0001755

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M^{me} JENNATE HAJAR Date de naissance : 12.06.49

Adresse : 0655568888

Tél. : 0655568888 Total des frais engagés : 500,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amina EL MESSAOUDI
Professeur en ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
46, Av. de France, Appt 6 - Agdal
Rabat - Tél.: 05 37 77 77 80
ICE: 0016432-4000063

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : Amina Jennate Age :

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

Nature de la maladie : Scuridilo

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 : RABAT Le : 21/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
21/6/2022	CS	250	180	Dr. Amine EL MEZOUZI Professeur en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale 46, Av. de France Appt 6 - ASAC Rabat - Tél: 05 37 77 77 80 ICE: 00164324000045
		125	250	

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
		A M	P C	I M	I V	

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom & Prénom :

Nolika Tennoune

Rabat le :

21/6/20

Rapport Medical
de Nolika Tennoune
Consulte pour une
pathologie nasale
sensible de perception
 -Touche et
-Coud e Gche ; Elle
nécessite le port de
un protège auditif

Dr. Amina EL MESSAOUDI
Professeur en ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
46, Av. de France, Appt 6 - Agdal
Rabat - Tél: 05 37 77 77 80
ICE: 001648254000063

Pr. Amina EL MESSAOUDI DINIA
Oto – Rhino – Laryngologie
Chirurgie Cervico – Maxillo – Faciale
Diplômée des facultés de Médecine
De Toulouse et de Rabat
Ancien Professeur à la faculté
De Médecine de Rabat

ICE : 001648254000063
INP : 101108694

Date 21/6/2022

Facture

Nom Tennate

Prénom Nolika

Honoraires :

- Consultation Spécialisée ORL :

200

- Aspiration :

.....

- Lavage d'oreilles :

.....

- Endoscopie • Nasale :

.....

• Laryngée :

.....

- Nasofibroscopie :

.....

- Audiogramme :

25000

- Impedancemetrie :

.....

- Cautérisation :

.....

- Méchage :

.....

- Manœuvre Semont :

.....

- Extraction Corps étranger :

.....

Total : 50000

Arrêtée la présente Facture à la somme de

cent

E-Mail : aminaelmessaoudi@yahoo.fr

46, AV, de France-Appt, 6-Agdal-RABAT-Tél : 0537777780-GSM : 0661135248

Pr. Amina EL MESSAOUDI
Ancien Professeur en ORL
Chirurgie Cervico-Faciale
46, Av de France, Appt 6 - Agdal
Rabat - Tél : 05 37 77 77 80
ICE : 001648254000063

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

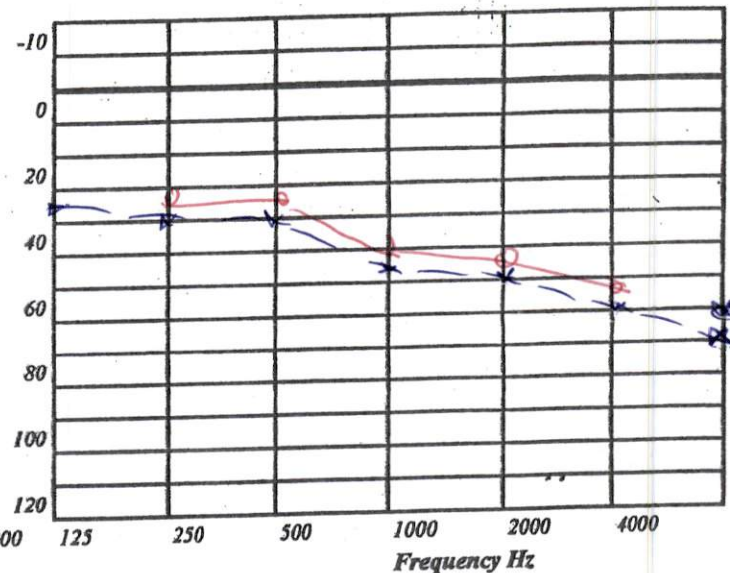
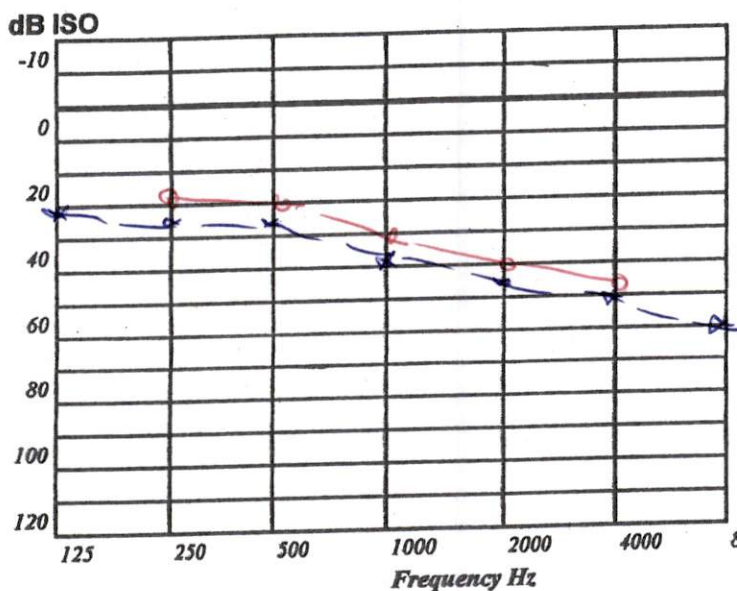
Rabat le 21/6/2022

EXAMEN AUDIOMETRIQUE

NOM: Nolika Jennadi AGE: 1844

Oreille droite

Oreille gauche



EPREUVE DE WEBER



- Sensibilité perceptuelle bilatérale
 à 50 dB à 250 et 500 Hz
 à 60 dB à 1000 Hz
 à 70 dB à 2000 Hz
 à 80 dB à 4000 Hz
 à 90 dB à 6000 Hz

E-Mail : aminaelmessaoudi@yahoo.fr

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

Amina EL MESSAOUDI
 Professeur en ORL
 et Chirurgie Cervico-Faciale
 46, Av. de France - Appt. 6 - Agdal
 Rabat - Tél : 037 77 77 80
 ICE : 001648254000063