

# 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

- Reclamation : 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



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- N° 003395

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9215 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHIM ZITOUNI

Date de naissance : 01/10/1949

Adresse : BOUSKOURA

Tél. : 0637944279 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/22

Nom et prénom du malade : RAHIM ZITOUNI

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affectueuse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : Dr. Abdelkrim LAMRANI

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 : 31/10/22

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
05/09/22	G	3000H		
05/09/22	L+K+K	5000H		

# 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

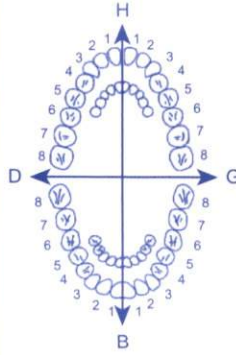
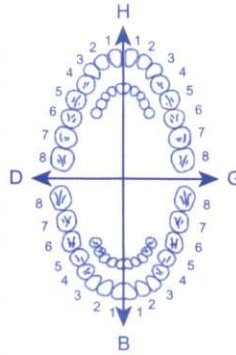
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

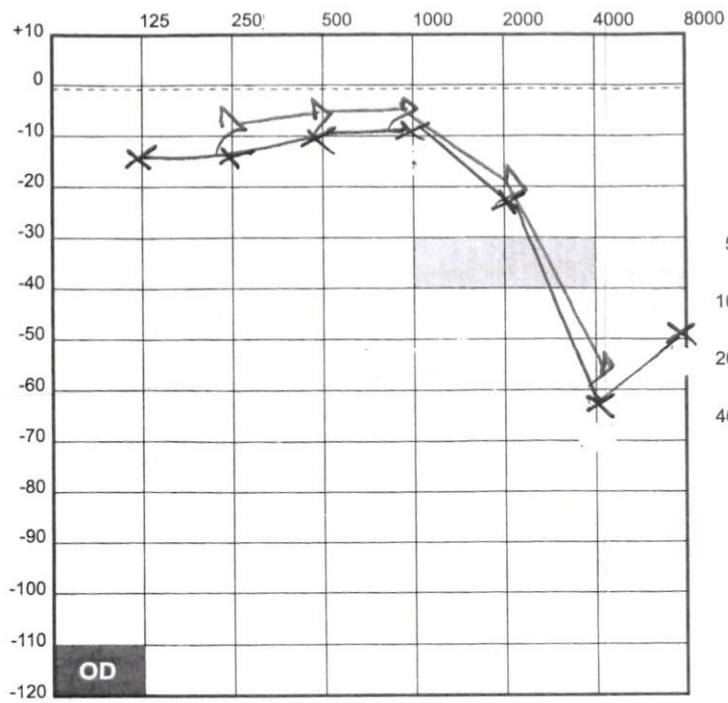
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

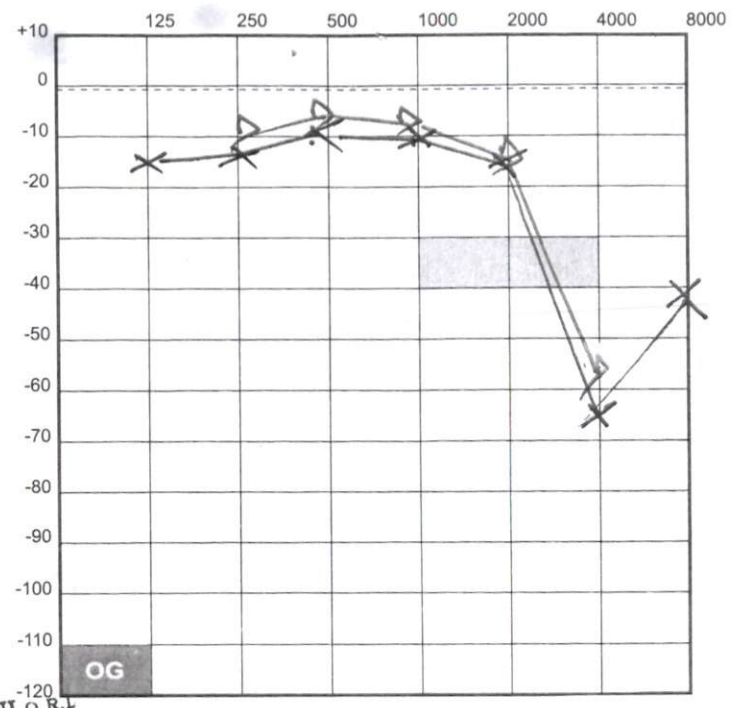
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



I.A. D = %

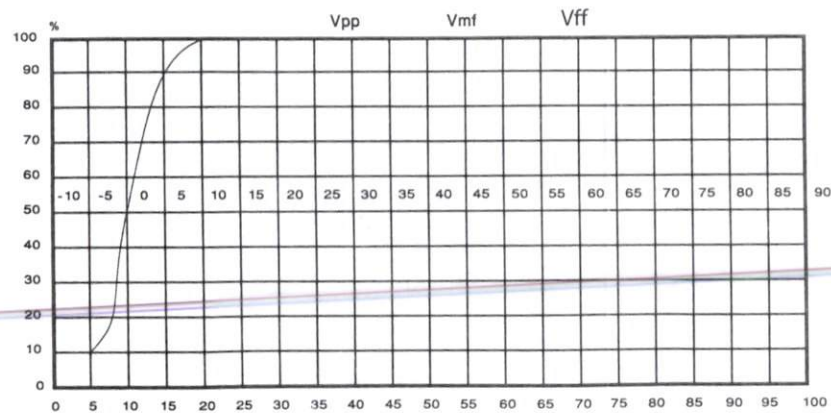
### PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



I.A. G = %

### EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + \* " □ — 3

Dr. A. LAMRANI O.R.L.  
C.O.D.E AL FARABI  
7, Rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca  
Tél : 05 22 47 30 30 (8 L.G)  
Fax : 0522 20 18 85

### WEBER

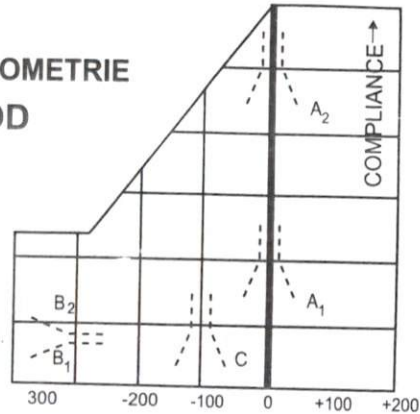
	250	500	1000	2000	4000	
OD	2	2	2	2	2	OG

- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

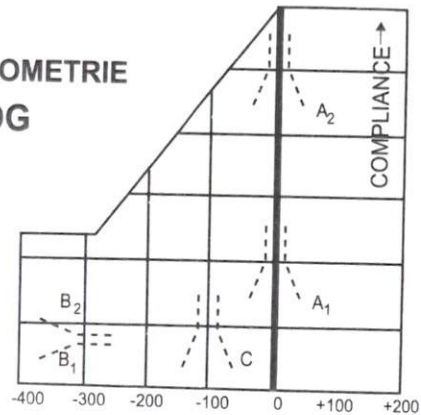


## IMPEDANCEMETRIE

### TYMPANOMETRIE OD



### TYMPANOMETRIE OG



## REFLEXE STPEDIEN

Stim OD		Réflexe OG	Stim OG		Réflexe OD
500 Hz =	dB		500 Hz =	dB	
1000 Hz =	dB		1000 Hz =	dB	
2000 Hz =	dB		2000 Hz =	dB	

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB  
> 15 ans = 80 à 95 dB

**code**

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفراجي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

NOM RAHIM

Prénom Zitouni

Date de naissance ..... Date d'examen 05 SEP. 2022

### Observations



Dr. A. LAMRANI O.R.L

C.O.D.E AL FARABI

7, Rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca

Tél : 05 22 47 30 30 (8 L.G)

Fax : 0522 20 18 85

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
التشخيص



مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفارابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30/ 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

RAHIM Zitoun

Le..

05/09/22

Renseignements cliniques :

Bila

Pour

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.R.L. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
NPE : 05 22 20 14 39

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.R.L. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
NPE : 05 22 20 14 39

150

1450

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.R.L. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
NPE : 05 22 20 14 39

1450

π P E A+ ASSR

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

π VHIT

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة القرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES  
CONSULTATION

Le ..05/09/22

Reçu la somme de

3000 HT / Trois Mille DHs

De (Mr, Melle, Mme

RAHIM Zitoun

Pour consultation ORL (C2)

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 09 109 1438

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 09 109 1438

# code

## AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرايبي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

### NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le 05/09/22

Reçu la somme de

50000/15/1 Ann. Guts Dts

De Mr. Melle. Mme

RAHIM Zitoun

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10)

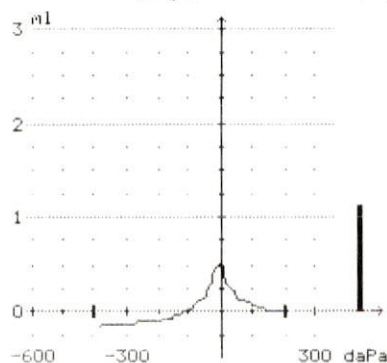
Dr. ABDELKRIM LAMRANI  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091091439

Dr. ABDELKRIM LAMRANI  
O.R.L  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091091439

AT235

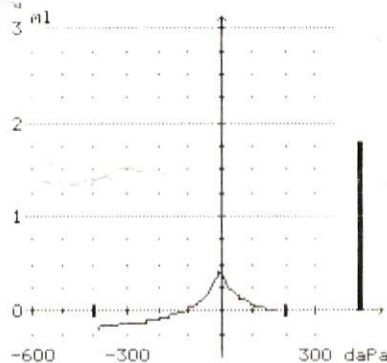
## Tympanogram

Right



Ear Volume 1.13 ml  
Compliance 0.51 ml  
Pressure -2 daPa  
Gradient 0.31 ml

Left



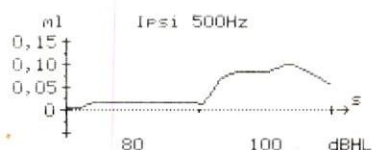
Ear Volume 1.78 ml  
Compliance 0.44 ml  
Pressure -7 daPa  
Gradient 0.28 ml

## Reflex

Right

Pressure -2 daPa

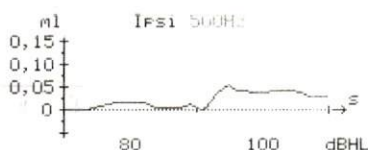
Sequence



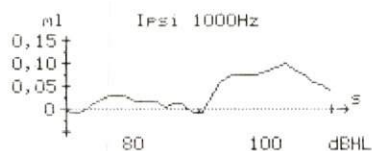
Left

Pressure -7 daPa

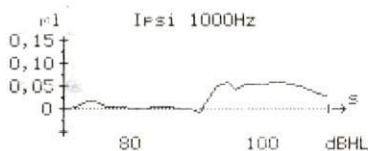
Sequence



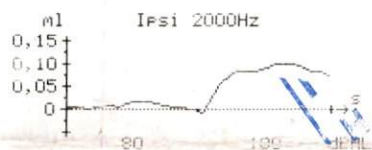
Sequence



Sequence



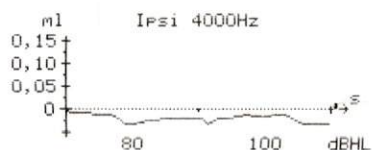
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

