

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-721200

143932

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7342	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Chouki HASSAN		
Date de naissance : 27/02/1968		
Adresse : Habituelle		
Tél. : 06 61915343	Total des frais engagés DR. R. MOUFFAK 1029,70	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 11/10/2018		
Nom et prénom du malade : Chouki Hassan Age: 54		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Affectice en RC		
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'attédocteur conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 11/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
11/10/22 S2			20000	INP : DR. R MOUFAK O.R.L. C.O.D.E AL FARABI Centre ORL de Diagnostic et Explorations Ang. Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca Tél : 0522 47 30 30 (L.G.) - Fax : 05 22 20 18 66 INPE : 091133928
11/10/22 K15 + K10			5000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	O.R.L. C.O.D.E AL FARABI Centre ORL de Diagnostic et Explorations Ang. Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca Tél : 0522 47 30 30 (L.G.) - Fax : 05 22 20 18 66 INPE : 091133928	Montant de la Facture 229,70 DH
pharmacie du Louvre صيدلية لوفر Boulevard de 9 Avril - Palmier Casablanca - Tél : 0522 25 32 05 maciedulouvre@gmail.com			INPE 092022045

ANALYSES - RADIOPHARIES

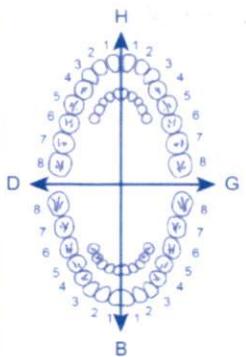
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

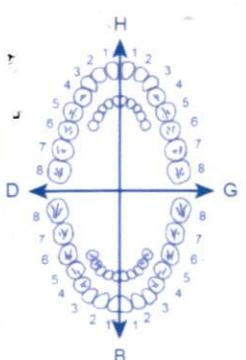
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

HISTANORM 10 mg
EXP 06/2023
LOT 160431
15 comprimés

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Monsieur

HASSAN CHOUKI

Casablanca le 11/10/2022

Casablanca, le

Distribué par MSD Maroc
P.P.V. 431,70 DH

Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
NASONEX 50 µg/dose



40,00
HISTANORM
1 cp le soir pdt 15 j

131,70
NASONEX 120
2 pulvérisations dans chaque narine matin et soir 1 mois

58,00
AURIDOL GOUTTES
2 GOUTTES * 3 PAR JOUR PENDANT 6 JOURS

229,70

AURIDOL®
Gouttes auriculaires
PPC 58 DHS



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialise@alfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

الملف العادي
صيادلة لوفر
Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmaciedulouvre@gmail.com

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 05 22 47 30 30 (L.G) Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928



الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
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 11.10.01

Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

Ch. Dr. R. MOUFFAK

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10),





A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
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

charik HASSAN Le 11.10.92

Renseignements cliniques : Hypertonie

11/15/92 AUDIOGRAMME TONAL
 IMPEDANCEMETRIE

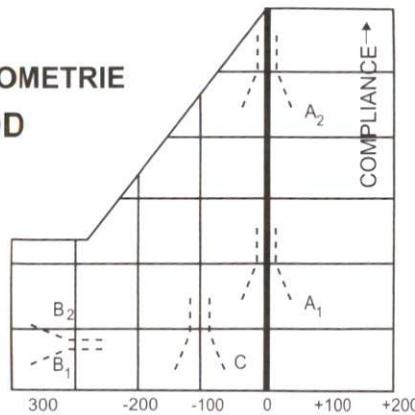
- PEA + ASSR
- VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)
- MANŒUVRES POSITIONNELLES
- VHIT

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel: 05 22 47 30 30 (L.G)-Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

IMPEDANCEMETRIE

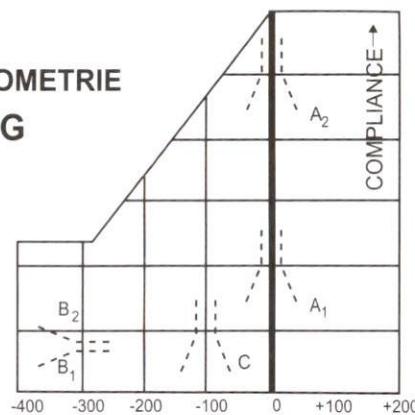
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

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

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

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

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

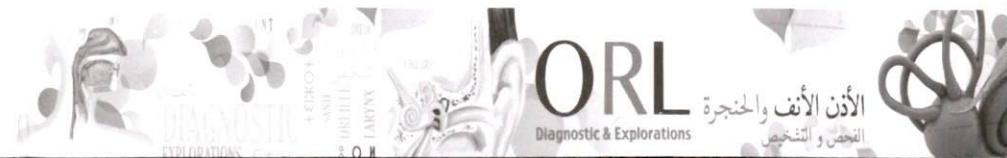
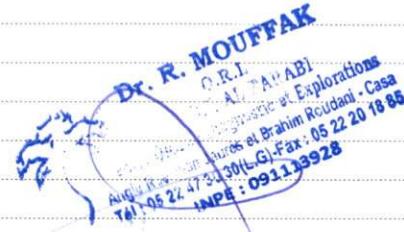
Chouaki

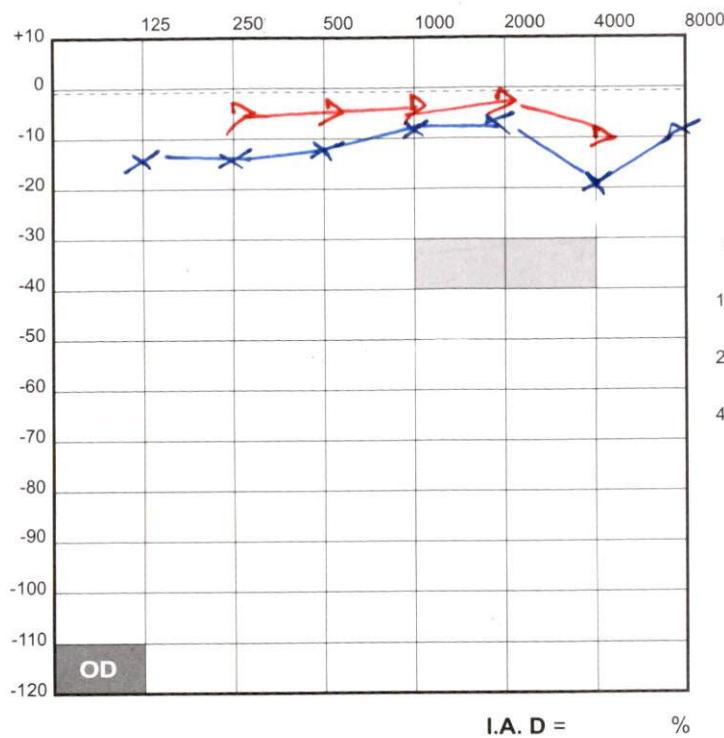
Prénom

HASSAN

Date de naissance Date d'examen 11 OCT. 2022

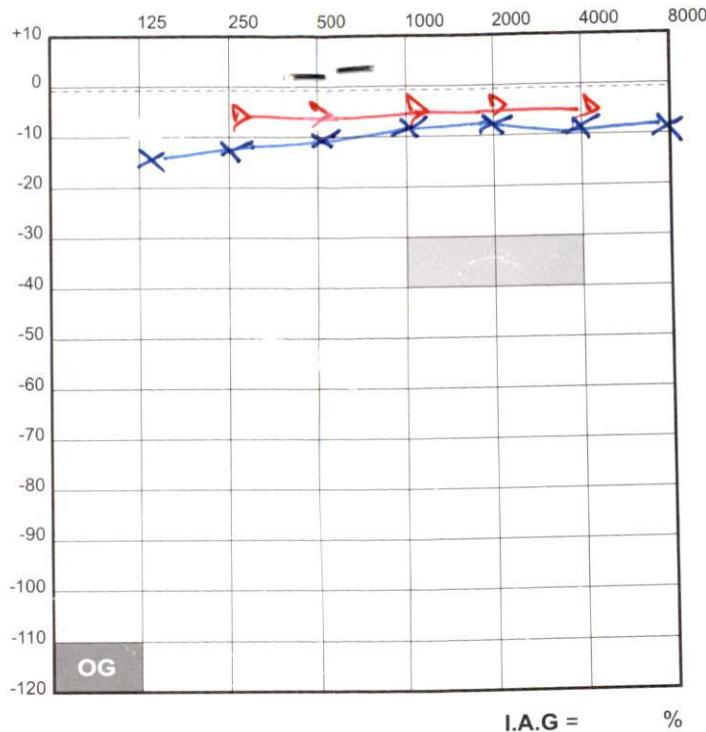
Observations



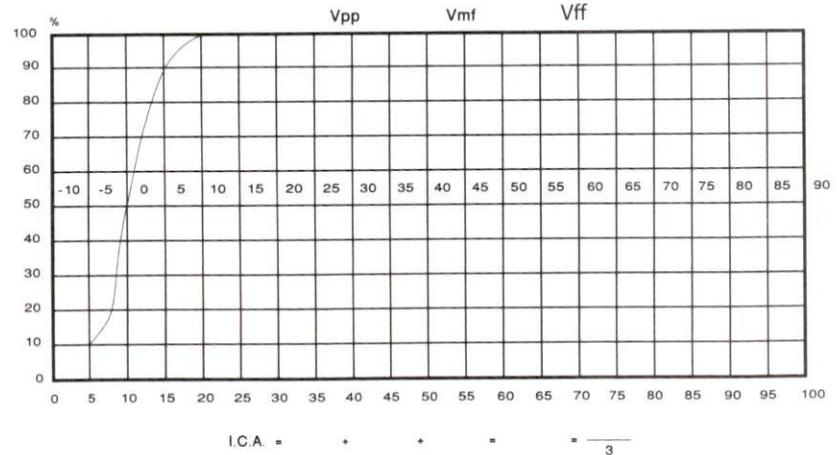


PERTE AUDITIVE

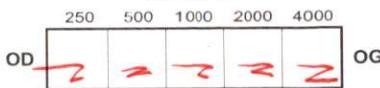
OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	
	db



EPREUVES VOCALES



WEBER



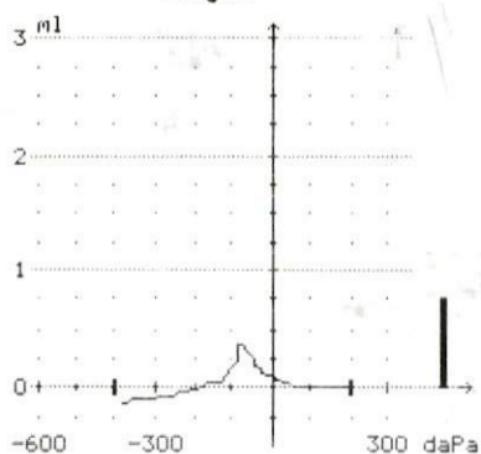
- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



AT235

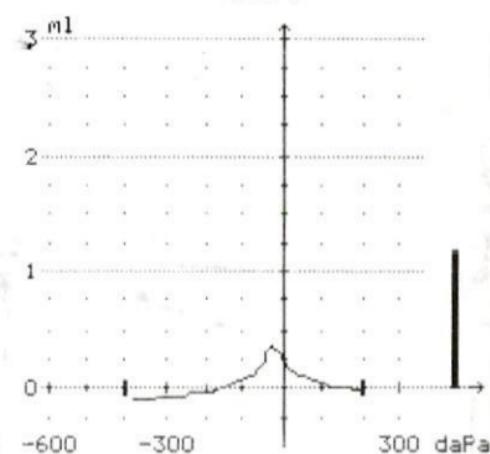
Tympanogram

Right



Ear Volume 0.77 ml
Compliance 0.38 ml
Pressure -73 daPa
Gradient 0.26 ml

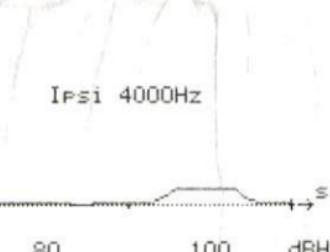
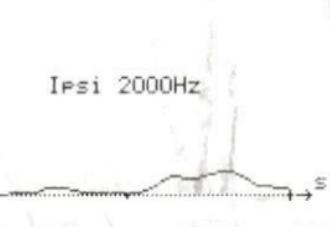
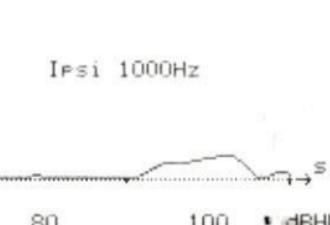
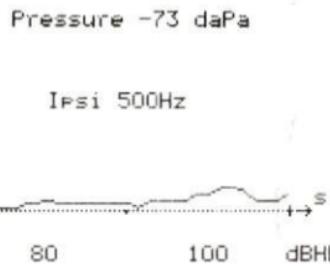
Left



Ear Volume 1.20 ml
Compliance 0.36 ml
Pressure -32 daPa
Gradient 0.22 ml

Reflex

Right



Left

