

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.

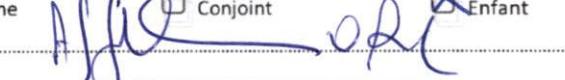
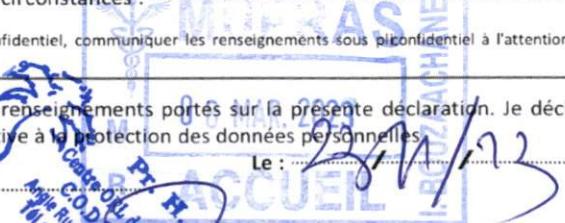
Adresses Mails utiles

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

N° W21-786176

152204

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAN	
Matricule : 11762	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : Youssef Bachir		Date de naissance : 17/12/1974	
Adresse : 403, lot 1000 El Jazid		Tél. : 0662067034 Total des frais engagés : 1022,40 Dhs	
 P. H. CHELLY CODE AL PARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Boudjedra - Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45 - INP : 0910400949 - Fax : 05 22 20 18 85			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/12/2012			
Nom et prénom du malade : Youssef Bachir			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MIG			
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.			
 P. H. CHELLY CODE AL PARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Boudjedra - Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45 - INP : 0910400949 - Fax : 05 22 20 18 85			
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 : 22/12/2012			
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
22/11/23 au 23/11/23			2224.2	DR. H. CHELLY
7/12/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. H. CHELLY	23/11/23	2224.2

ANALYSES - RADIGRAPHIES

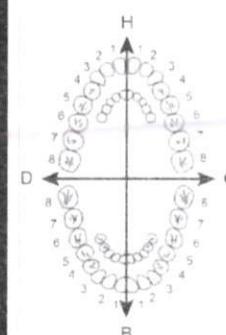
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

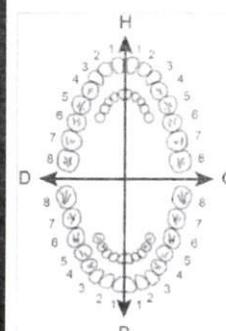
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراغي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS
Casablanca le 23/01/2023

Casablanca le 23/01/2023

Casablanca, le

YAHYA BERCHID

79.50 x 2

AUGMENTIN sachets 500 enfants

1 sachet matin, midi et soir pendant 10 jours

EFFIPRED 20 mg

1,5 cp au petit déjeuner par jour pendant 5 jours

ULTRA LEVURE

1 sachet à diluer dans de l'eau ou directement à boire après chaque repas pendant 10 jours

SOUFRANE

3 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour pendant 10 jours

BRONCHOLIBER sirop

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A.L PARIS Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Reoudani - Casablanca
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
IMPE : 093 040 649

4 Rue G. L. G. Casablanca - Téle. 0522 82 90 44

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
cliniquespecialiseelafarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
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

B. GRUHIER YAHYA

Le.....

08/01/13

Renseignements cliniques :

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA+ASSR

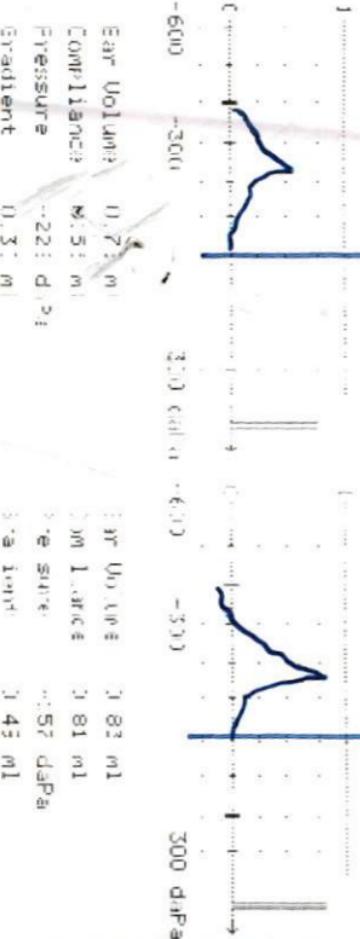
VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

Dr. H. CHELLY
C.O.D.E AL FARABI Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32
Fax : 022 20 18 85
INP : 0630000049

VENTILATION



VENTILATION

PRESSURE - 200 dPa



IPSL 200dPa

PRESSURE - 157 dPa



IPSL 157dPa

SEQUENCE

Sequence



Sequence

SEQUENCE

Sequence

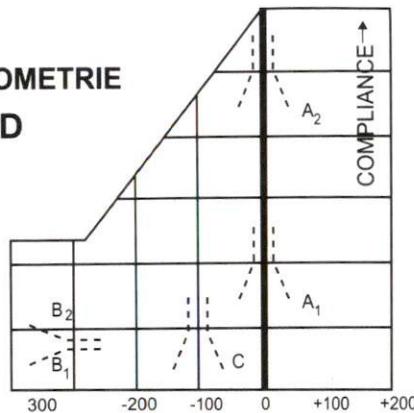


Sequence

IMPEDANCEMETRIE

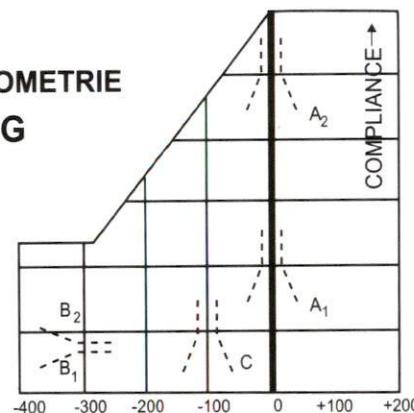
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

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

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

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

code
AL FARABI

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

AUDIOGRAMME

NOM

BERCHID

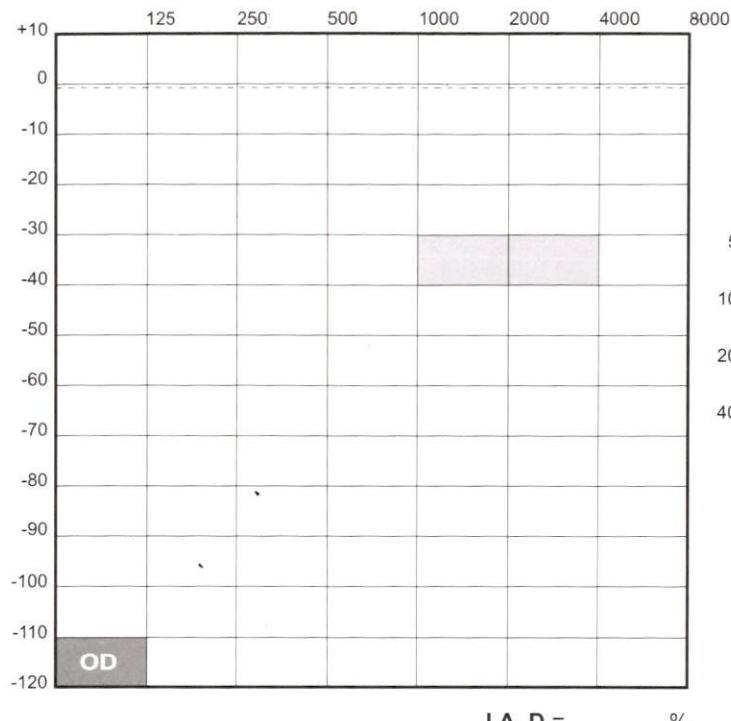
Prénom

YAHYA

Date de naissance Date d'examen 07 FEV. 2023

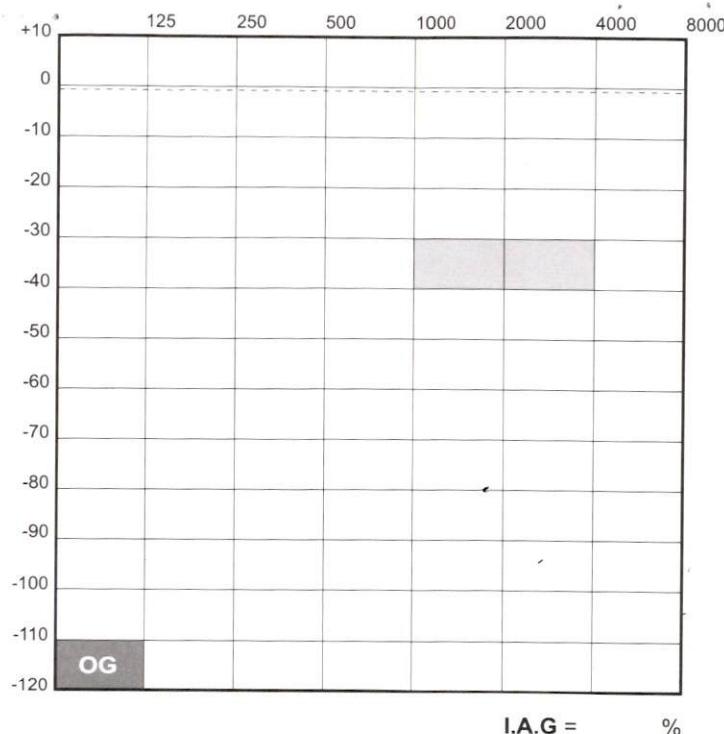
Observations

Pr. H. CHELLY
 Centre ORL de Diagnostic et Explorations
 C.O.D.E. AL FARABI
 Avenue Hassan II, 10740 Casablanca
 Tel. 0524 44 14 00 - 0524 44 14 01 - 0524 44 14 02
 INDE 0910 409 40 - Fax 0522 20 18 85

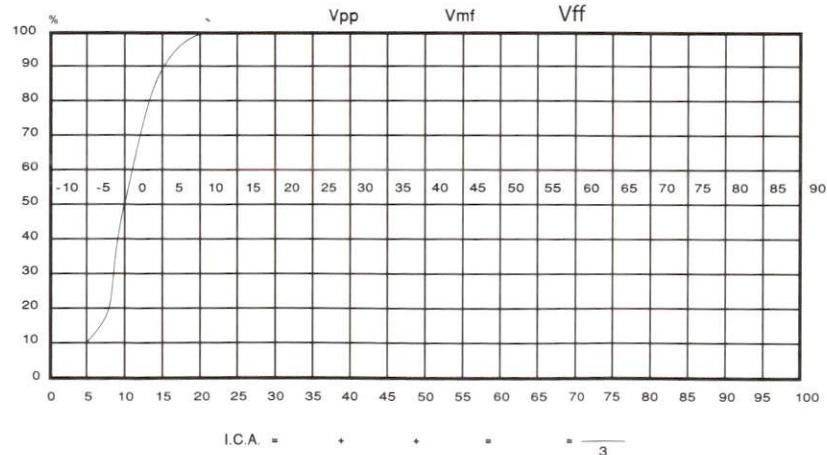


PERTE AUDITIVE

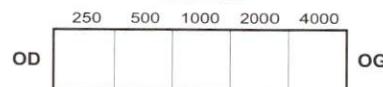
	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



EPREUVES VOCALES



WEBER



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





مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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

Le 22/11/13

Reçu la somme de 1000
De Mr, Melle, Mme B. CHELLY

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour
Bouchon de certunen

B. CHELLY
Centre ORL Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091044112



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
IMPEDANCEMETRIE

Pr. H. CHELLY
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 022 47 20 20 Fax : 022 20 18 85
Le 27/2/2013

Reçu la somme de **400 (QUATRE CENTS) DHS**

De Mr, Melle, Mme

B. CHELLY - MARYA

Pour impédancemetrie (K10).

Pr. H. CHELLY
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 022 47 20 20 Fax : 022 20 18 85
E-mail : chelly@chelly.ma