

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-784914

156525

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 090327		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FARIS LOUBNA			
Date de naissance : 08/01/1965			
Adresse : 76 les villas Anfa 3 Don Bonanza			
Tél. : 066146 5506		Total des frais engagés : 900 + 502,90 Dhs	
<b>Cadre réservé au Médecin</b> Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/03/93 Nom et prénom du malade : FARIS LOUBNA Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/03/93

## 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 Patientement des Actes
30/10/31	23	23 x 15	5 400 500	<p>INPE R. HELLO O.R.L. Centre ORL de Diagnostic et Examen C.O.B. AL FARSI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahmi Roudani Casablanca Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 30 18 85 INPE : 05 10 63 53 53</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie QULAD JARRAR r. ALAGUI HACHMI Meryem 9, Village Pilote Dar Bouazza T : 0522 29 08 03 - CASABLANCA	30/3/23	502,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																				
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																				
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																				

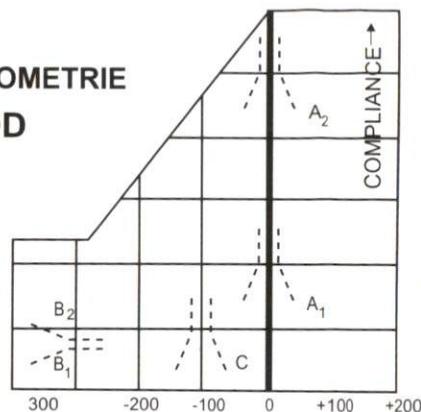
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## IMPEDANCEMETRIE

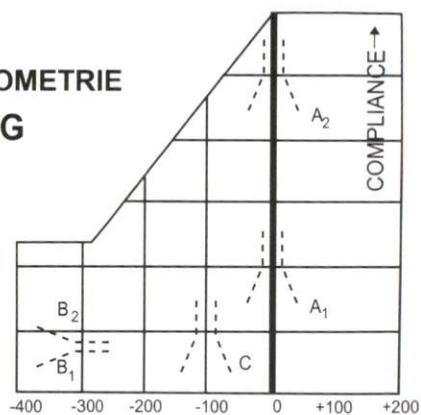
### TYMPANOMETRIE

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 ..... FARIS

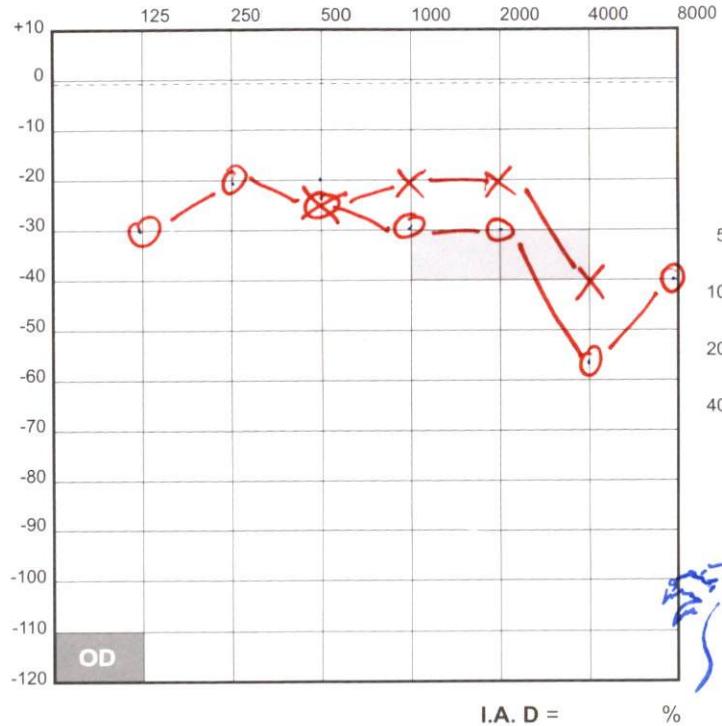
Prénom ..... LOUBNA

Date de naissance ..... Date d'examen ..... 30 MAR. 2023

Observations .....

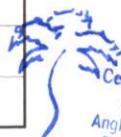
  
Pr. H. CHELLY  
O.R.L  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaures et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 47 18 89  
INPE : 091040944



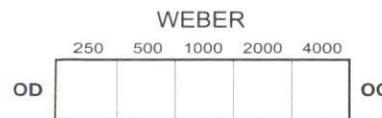
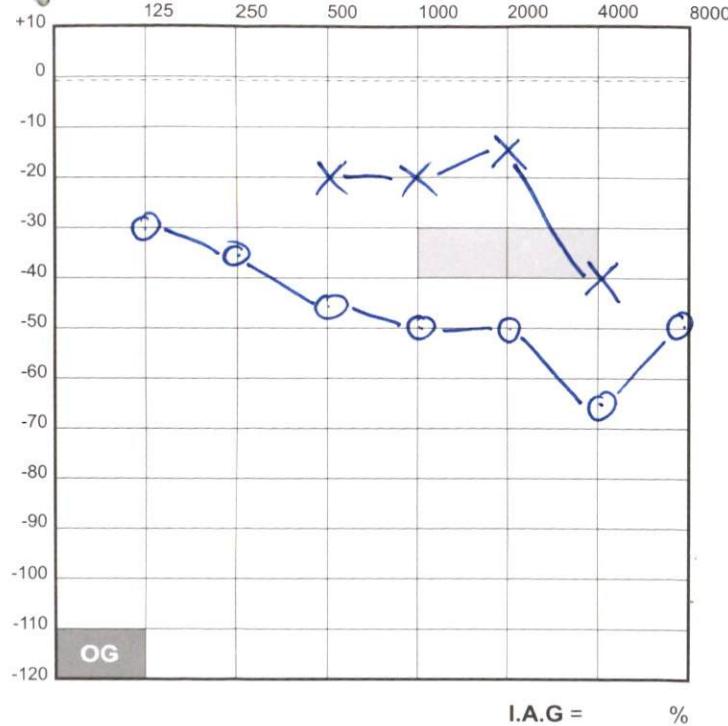
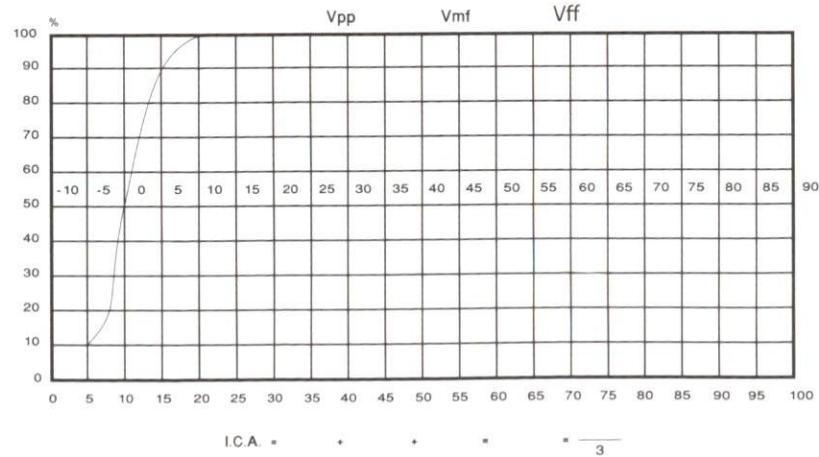


### PERTE AUDITIVE

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


**Pr. H. CHELLY**  
 Centre ORL de Diagnoses et Explorations  
 C.O.D.E.A.L FARABI Casablanca  
 Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
 Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
 INDE : 00 70 04 09 99

### EPREUVES VOCALES



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



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 ..... 30/03/23

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

De Mr, Melle, Mme

..... FARIS ..... LOUBNA

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).





A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراري  
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

Le ..... 30/03/23  
FARIS LOUBNA

Renseignements cliniques : ..... MX Pres. Cétrise

Pour  AUDIOGRAMME TONAL

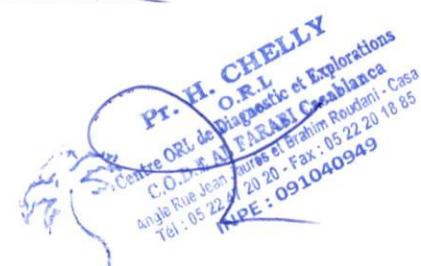
IMPEDANCEMETRIE

PEA + ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT





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

Le ..... 30/03/23

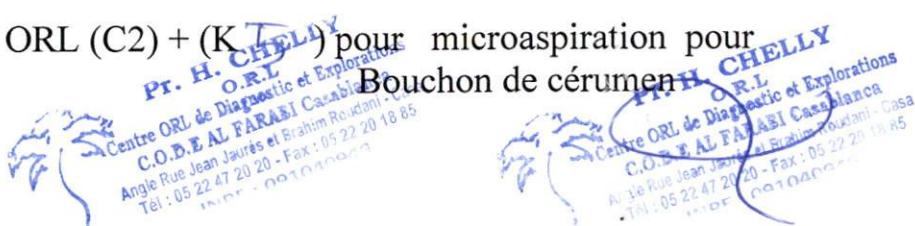
Reçu la somme de

..... 400 / quatre Cents Dir

De Mr, Melle, Mme

..... FARIS ... Lou. BNA

Pour consultation ORL (C2) + (K1) pour microaspiration pour



Casablanca, le .....

Madame

LOUBNA

FARIS

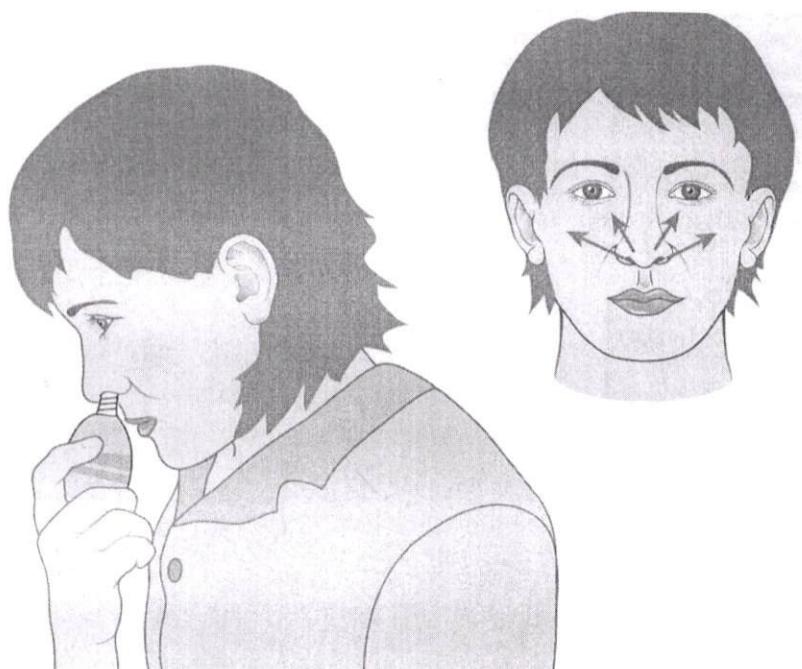
Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue



la main droite pulvérise la narine gauche  
et vice versa

Tête penchée en avant

**Pas d'inspiration - simple pulvérisation**



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

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

**Professeur H. CHELLY**

  
Pr. H. CHELLY  
O.R.L  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
CODE AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتخيص



Casablanca, le .....

Madame

LOUBNA

FARIS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

✓ 1.3 x 7  
TANAKAN Cp

1 cp matin et soir pendant 3 mois

✓ 1.5 RELAXIUM 375

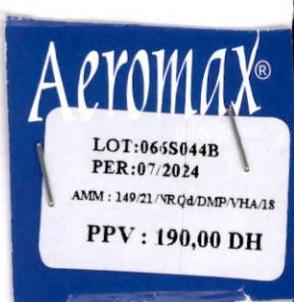
1 cp le soir au coucher pendant 1 mois

✓ 1.6 AEROMAX doses nasales

1 pulvérisation le soir dans chaque narine pendant 3 mois

- La main droite pulvérise la narine gauche et vice-versa
- Tête légèrement penchée en avant

✓ 1.7 502.9



Professeur H. CHELLY



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

cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

