

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13.128

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Chergui Darif Adnane

Date de naissance : 10/9/1992

Adresse : Res sidi abdebrahman GH14 apt

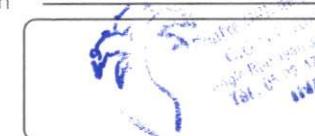
45 Oulfa Casablanca

Tél. : 06.11.4242.90

Total des frais engagés : 705

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/01/20

Nom et prénom du malade : MADNE CHERGUI DARIF Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements en 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 faire à : Casablanca Le : 24/01/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

## **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
26.1.2011	C9		300m	
26.1.2011	K10		400m	 HESSISSEN doktorations

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	Monta Hon
---	--------------

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (310) 794-3030 or via email at [mhwang@ucla.edu](mailto:mhwang@ucla.edu).

VISÉ ET SACLÉ PAR PRATICIEN ATTESTANT L'EXEMPTION



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  
IMPENDANCEMETRIE

Le .. 26.1.24 ..

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

De Mr, Melle, Mme

*NADINE CHERGUEB DESSISSEN*  
Pr. Melle

Pour impédancemetrie ( 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, Enf<sup>t</sup> ..... N° DENTE CHERBUZ DARF Le..... 21/1/26

Renseignements cliniques : ..... O.S.N .....

Pour  AUDIOGRAMME TONAL

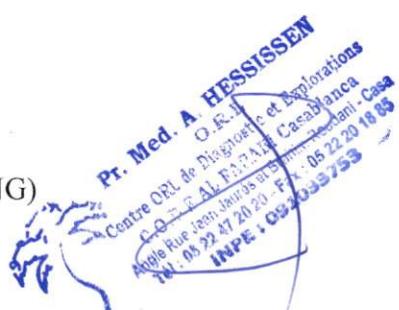
IMPEDANCEMETRIE

P E A + ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

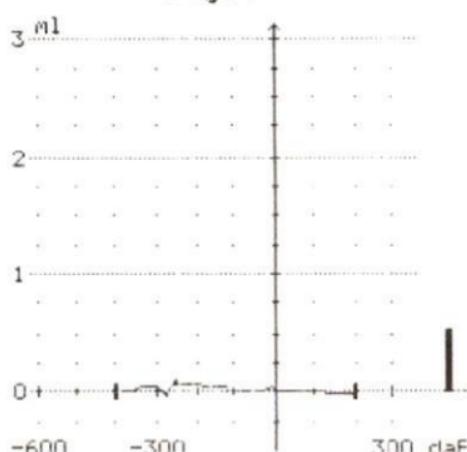
VHIT



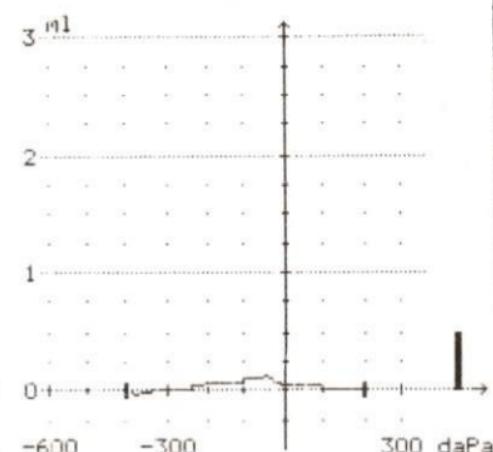
Pr. Med. A HESSISSEN  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 05 20 33 753

# Tympanogram

Right



Left

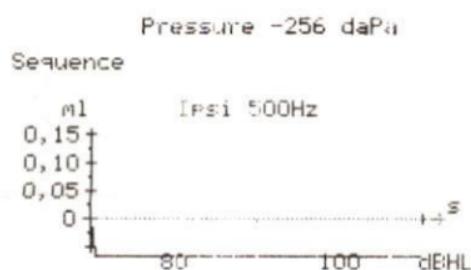


Ear Volume 0.52 ml  
Compliance 0.10 ml  
Pressure -256 daPa  
Gradient 0.04 ml

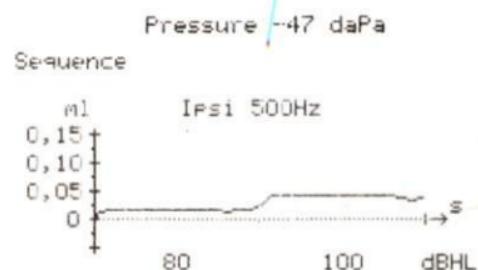
Ear Volume 0.50 ml  
Compliance 0.12 ml  
Pressure -47 daPa  
Gradient 0.04 ml

# Reflex

Right

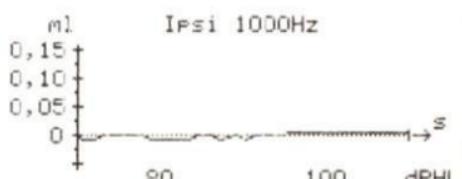
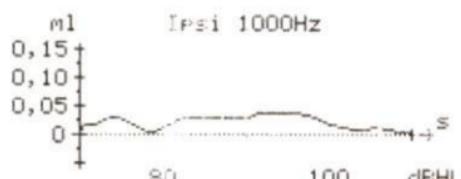


Left



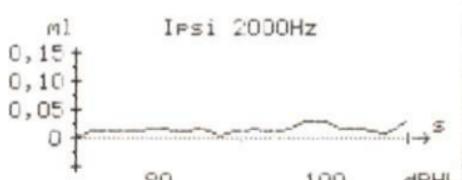
Sequence

Sequence



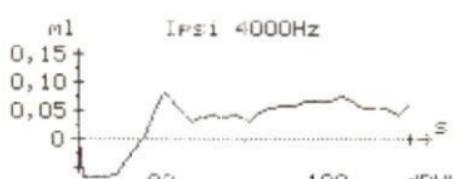
Sequence

Sequence



Sequence

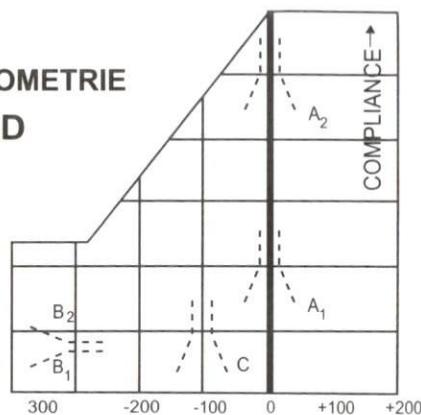
Sequence



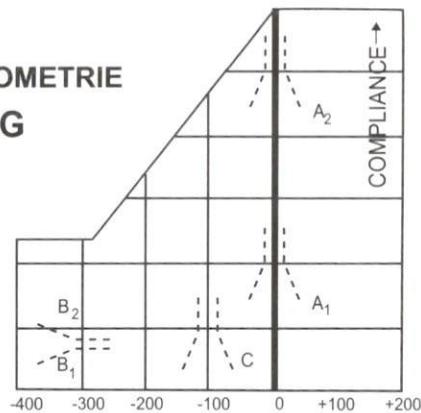


## IMPEDANCEMETRIE

### 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 الأنف والأذن والحنجرة الفراقي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

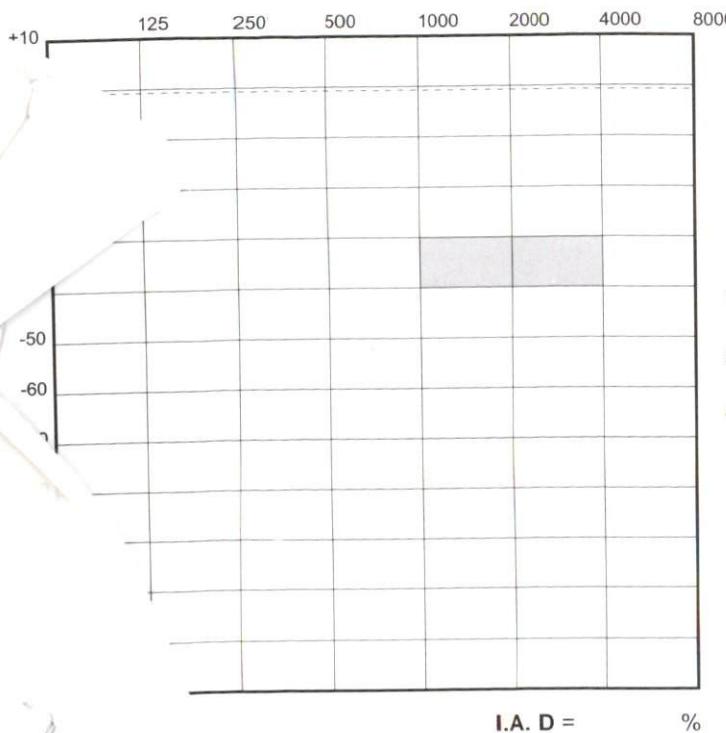
NOM ..... CHERGUI DARIF

Prénom ..... NADINE

Date de naissance ..... Date d'examen ..... 24 JAN. 2024

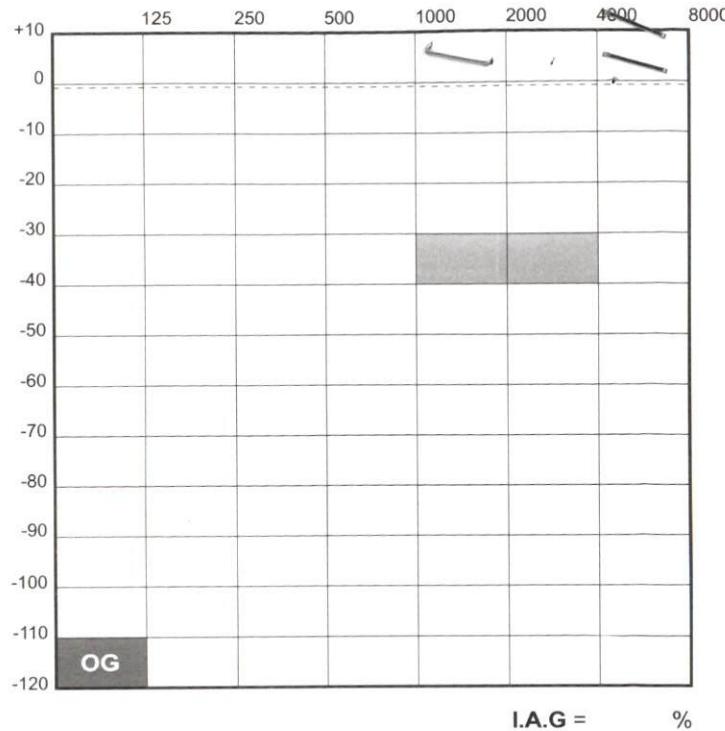
Observations .....

Pr. Med. A. HESSISSEN  
O.R.L.  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. Al FARABI, Avenue Roudaa - Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès - Avenue Roudaa - Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 88  
INPE : 091033753

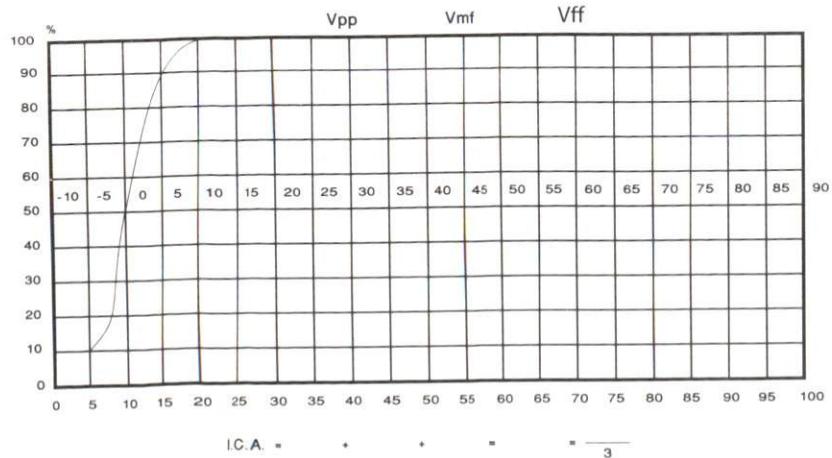


### PERTE AUDITIVE

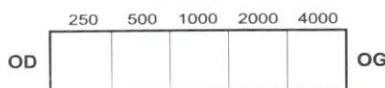
OD	OG
db	db
PAM	
db	db



### EPREUVES VOCALES



### WEBER



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

