

# 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.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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.

## Ordonnance :

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.

## Prothèse 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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)



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0027555

ND: 47020

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZNIBER NOHANE

Date de naissance : 9-5-50

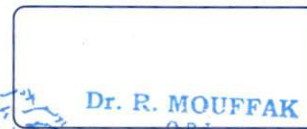
Adresse : Bd de la 6e Ceinture Ros. Elmerzet H 3

N° de téléphone :

Tél. 0661340218 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/20

Nom et prénom du malade : ZNIBER NOHANE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : 03/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

Signature of Dr. R. MOUFFAK



# RELEVÉ 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
03/11/2015	Consultation	1	300MH	
03/11/2015	Consultation	1	300MH	
03/11/2015	Consultation	1	300MH	

# 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

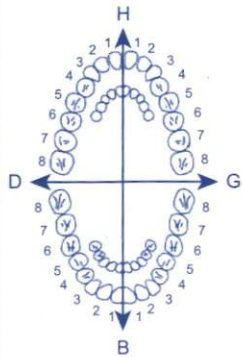
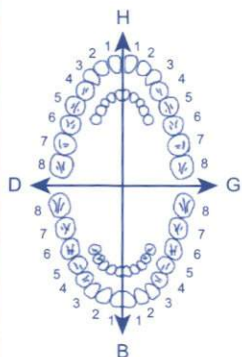
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div>G</div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION


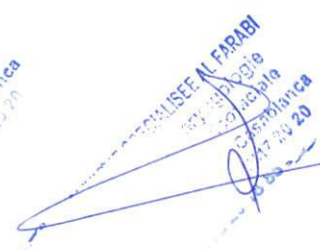




## CODE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA  
Tel : 022 47 30 30 Fax : 022 20 18 85

FACTURE N° 510/2020  
NOM - PRENOM : ZNIBER BOUCHRA

ACTES MEDICAUX			HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION				
VNG		1000,00	DR MOUFFAK	500,00
MANŒUVRES				
AUDIOGRAMME				
FRAIS CLINIQUE		1000,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>1 500,00</b>
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE				
MILLE CINQ CENTS DHS				
  <p>CASABLANCA LE 03/11/2020</p>				
ATTIJARI Wafa BANK CASABLANCA, COMPTE N° 007 780 0003853000000108 68				
ICE 001514471000021 IF 01085330				
CNSS / 1235440 - PAT / 35508565				
Tel:022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85				



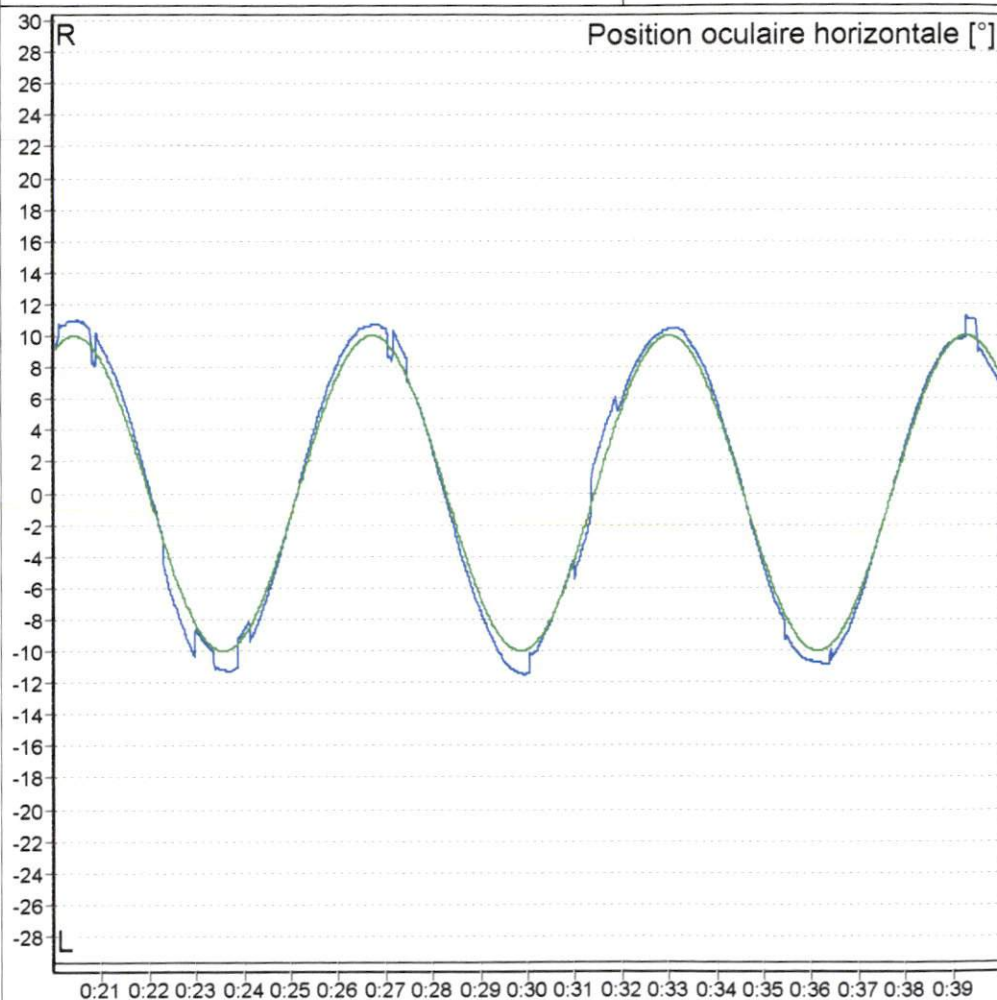
# Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



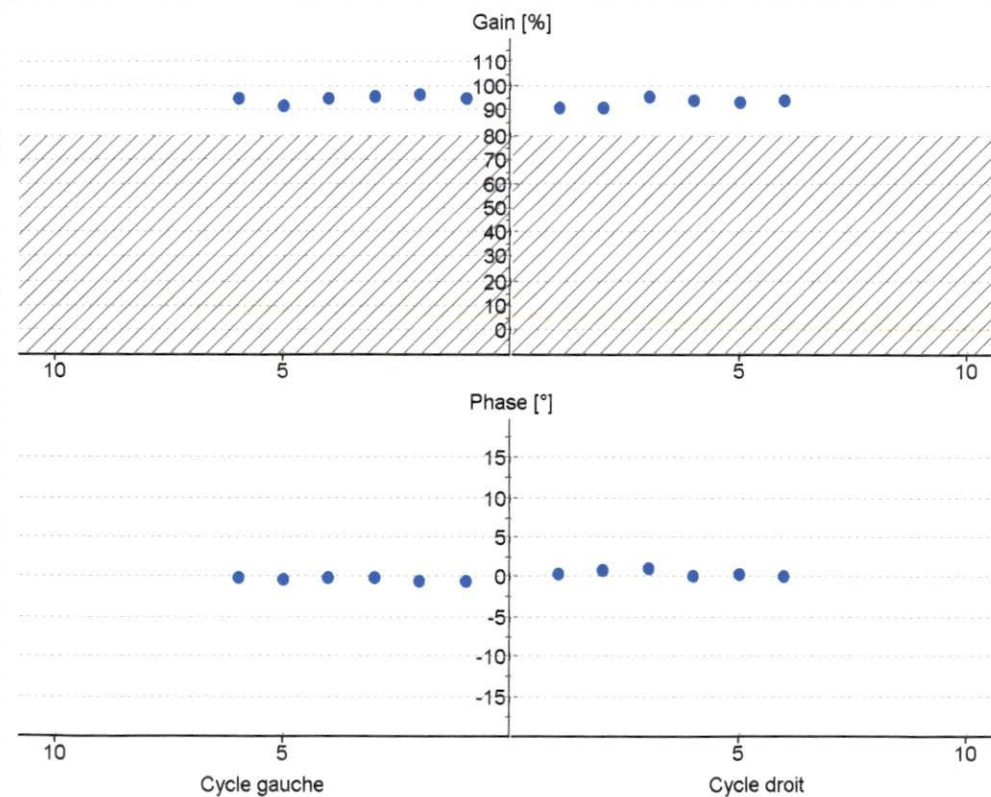
**Patient:** ZNIBER  
**Prénom:** BOUCHRA  
**Date de naissance:** 18/01/1957  
**Session:** Défaut

**Test:** Poursuite  
**Date:** 03/11/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:** Gauche (monoculaire)  
**Etalon...:** none

Notes test:



	Oeil droit	Oeil gauche
Gain cycle gauche [%]	---	94
Gain cycle droit [%]	---	93
Différence latérale	---	0
SPV cycle gauche [°/s]	---	11
SPV cycle droit [°/s]	---	10





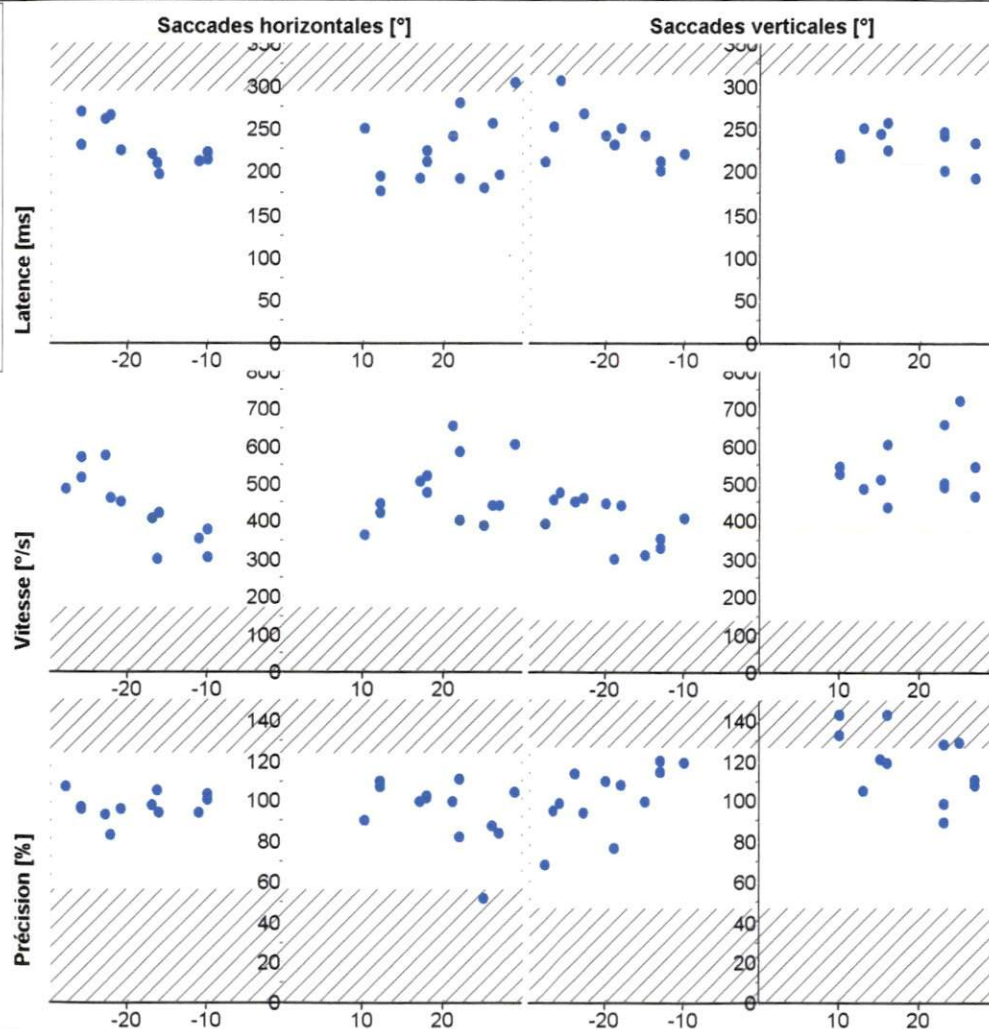
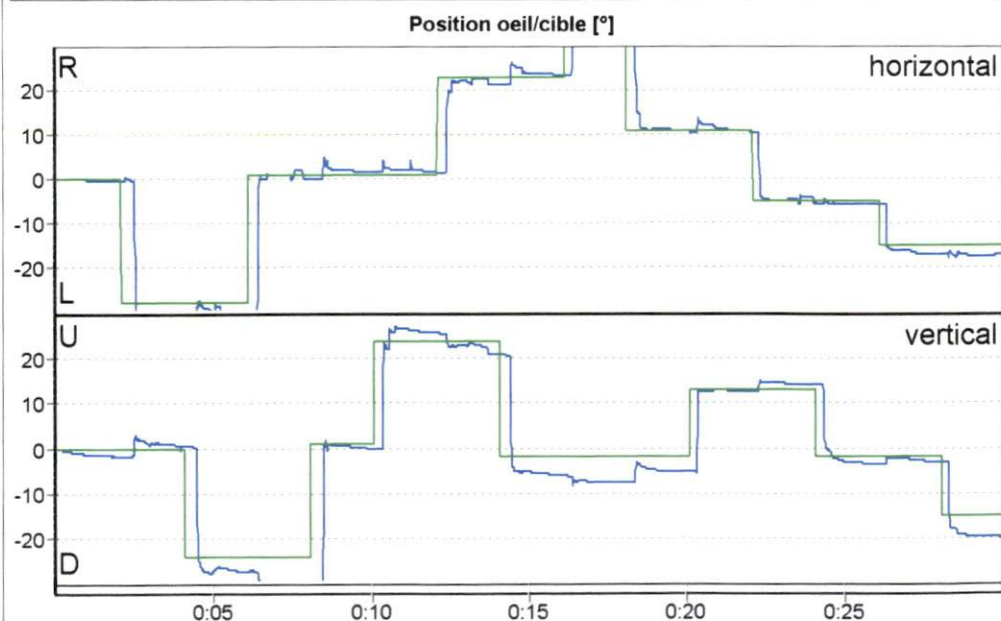
# Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



**Patient:** ZNIBER  
**Prénom:** BOUCHRA  
**Date de naissance:** 18/01/1957  
**Session:** Défaut  
**Test:** Saccade  
**Date:** 03/11/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:** Gauche (monoculaire)  
**Etalon...:** none

Notes test:

	Gauche	Droite	Bas	Haut
Mouvement de la cible	12	13	12	12
Oeil gauche				
Saccades acceptées	12	13	12	12
Latence [ms]	244	224	250	240
Vitesse [°/s]	436	481	402	540
Précision [%]	97	95	101	119
Oeil droit				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---





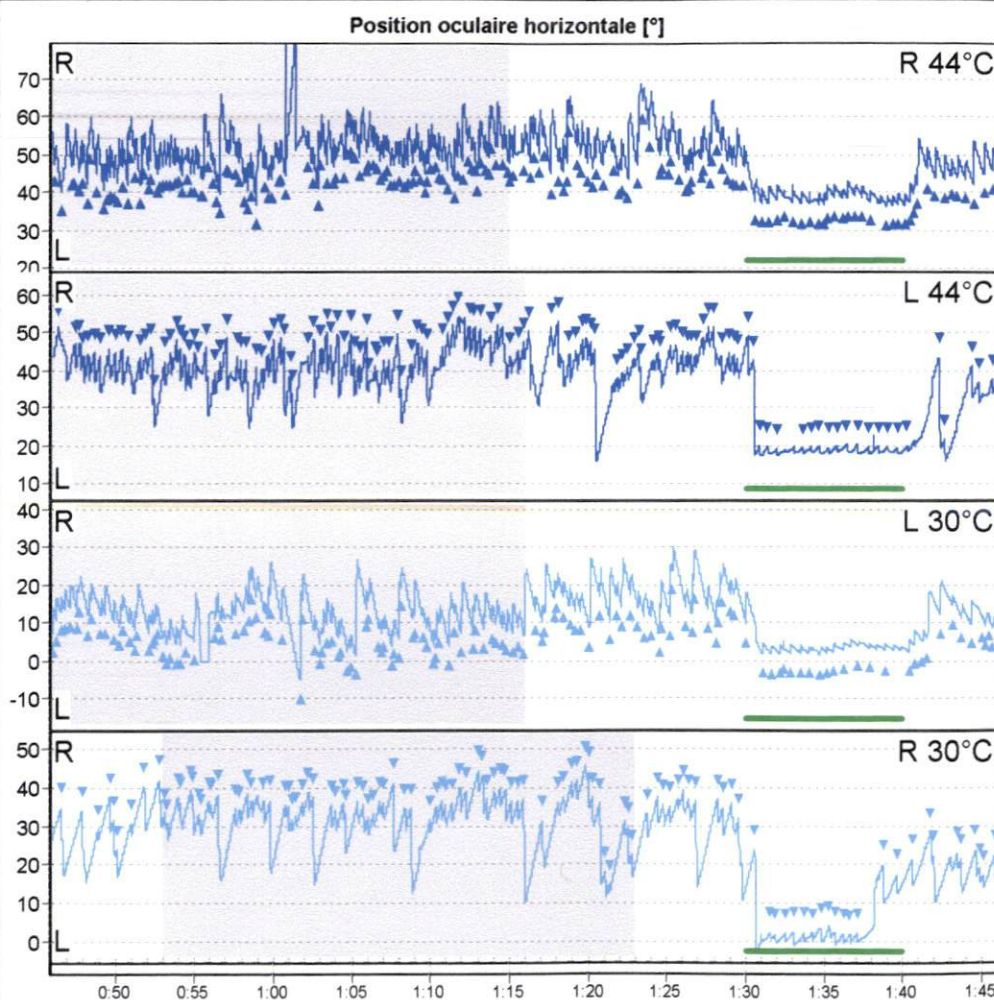
# Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



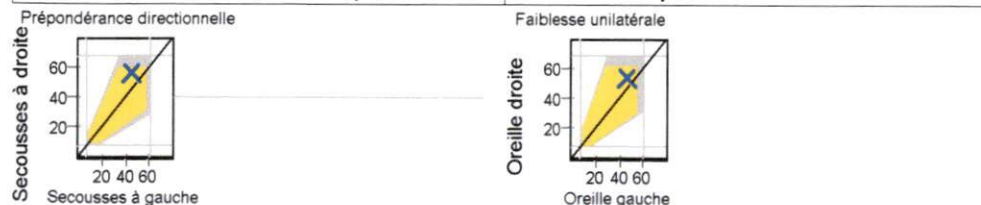
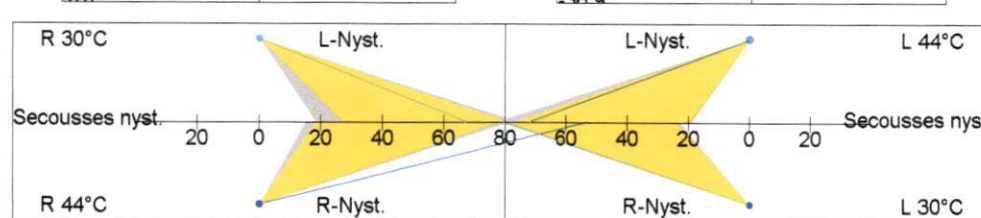
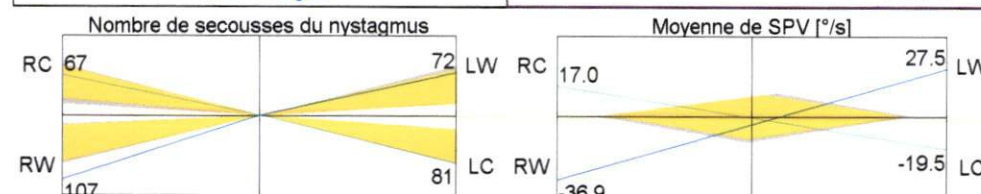
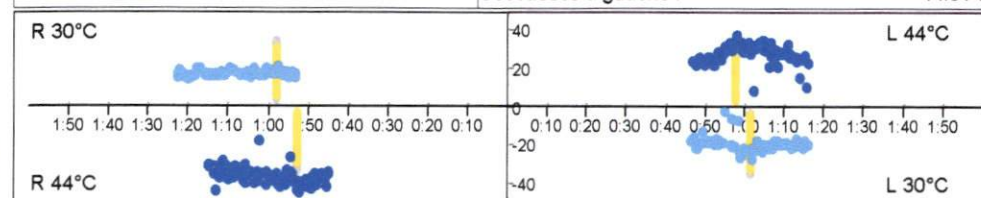
**Patient:** ZNIBER  
**Prénom:** BOUCHRA  
**Date de naissance:** 18/01/1957  
**Session:** Défaut

**Test:** Calorique  
**Date:** 03/11/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:**  
**Etalon:** none

Notes test:



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	
R 44°C:	-36.9	25 %	Oreille droite :	53.88°/s
L 44°C:	27.5	20 %	Oreille gauche :	47.06°/s
L 30°C:	-19.5	17 %	<b>Prépondérance direc.:</b>	<b>12% droit</b>
R 30°C:	17.0	46 %	Secousses à droite :	56.43°/s
<b>SPV total :</b>	<b>100.9</b>	<b>SPN:0.0</b>	Secousses à gauche :	44.51°/s





# Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

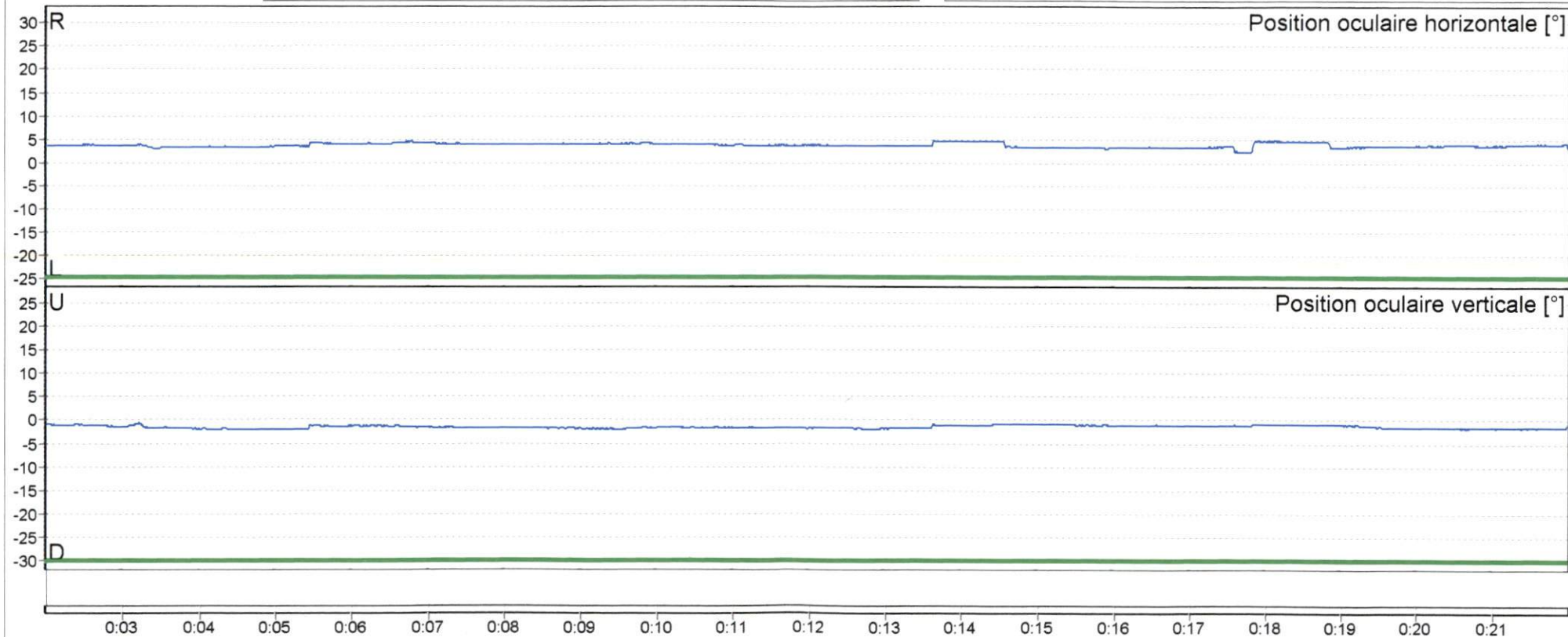


**Patient:** ZNIBER  
**Prénom:** BOUCHRA  
**Date de naissance:** 18/01/1957  
**Session:** Défaut

**Test:** Nystagmus spontané  
**Date:** 03/11/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:** Gauche (monoculaire)  
**Etalon..:** none

Notes test:

Nystagmus direction	Oeil droit			Oeil gauche		
	a.SPV	Secousses/s	Secousses	a.SPV	Secousses/s	Secousses
Gauche	---	---	---	---	---	0
Droite	---	---	---	---	---	0
Vers le haut	---	---	---	---	---	0
Vers le bas	---	---	---	---	---	0





code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE D'EXAMENS DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le .....

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

note d'honneur

Dr. Mouffak.

500 09/1  
Dr. MOUFFAK ORL  
Clinique Spécialisée AL FARABI  
7, Rue Jean Jaurès  
Tél : 0522 47 30 30 (8 Lignes Groupées)  
Fax : 0522 20 18 85 - CASA



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca  
Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com

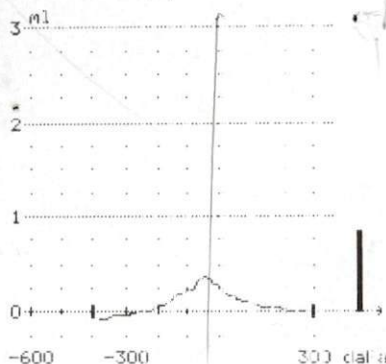




AT235

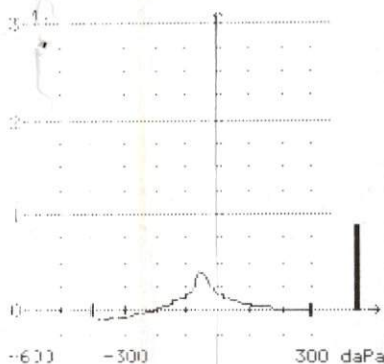
# Tympanogram

Right



Ear Volume 0.84 ml  
Compliance 0.37 ml  
Pressure -49 daPa  
Gradient 0.14 ml

Left



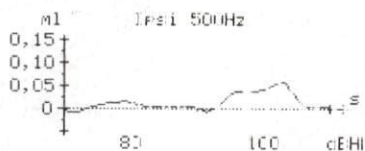
Ear Volume 0.83 ml  
Compliance 0.41 ml  
Pressure -59 daPa  
Gradient 0.23 ml

## Reflex

Right

Pressure -49 daPa

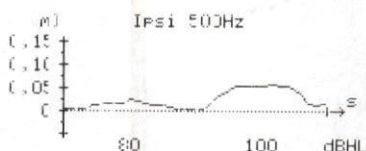
Sequence



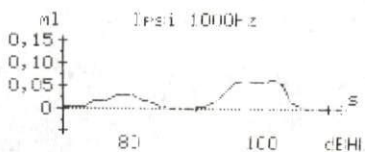
Left

Pressure -59 daPa

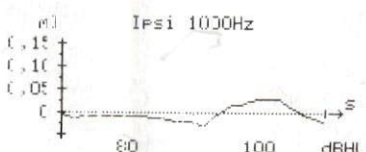
Sequence



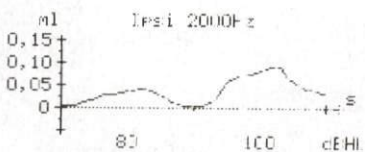
Sequence



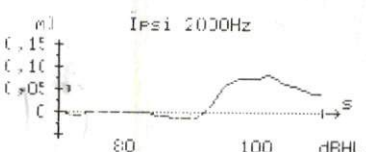
Sequence



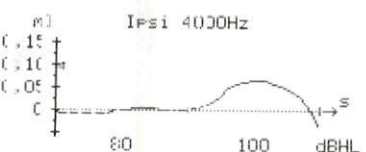
Sequence



Sequence



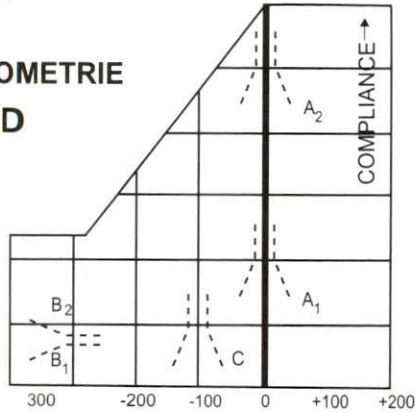
Sequence



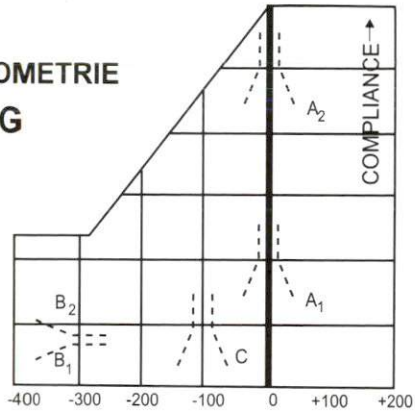


# IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE  
OD



TYMPANOMETRIE  
OG



## REFLEXE STPEDIEN

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

Stim OG	Réflexe OD
500 Hz = dB	
1000 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 أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

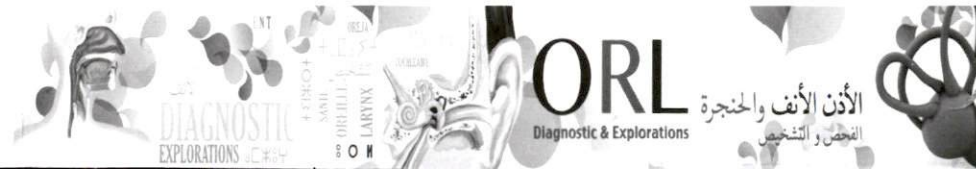
## AUDIOGRAMME

NOM ..... *ZNIBER*

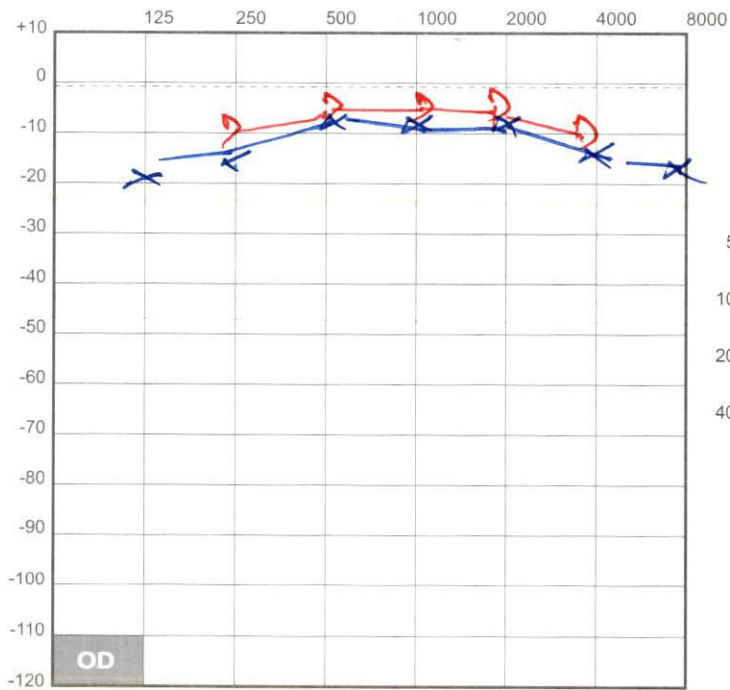
Prénom ..... *Louches*

Date de naissance *18-1-57* Date d'examen ..... *03 NOV. 2020*

Observations .....



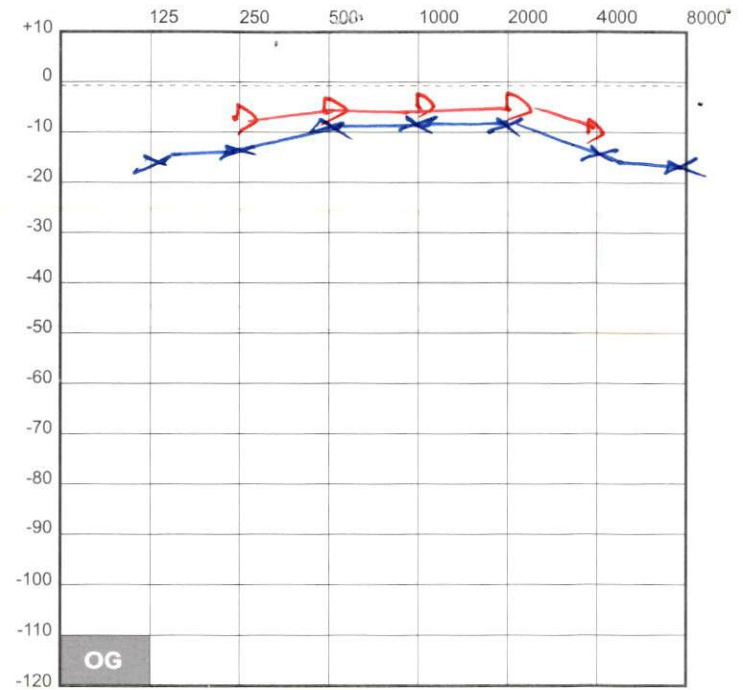




I.A. D = %

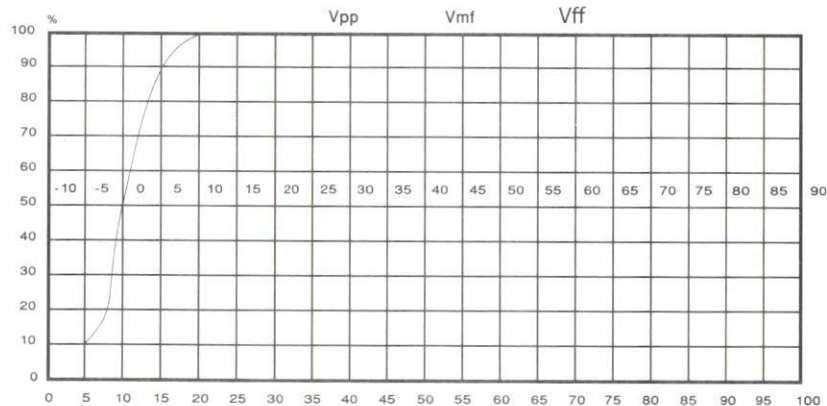
### PERTE AUDITIVE

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



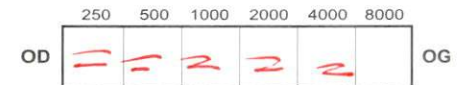
I.A.G = %

### EPREUVES VOCALES



I.C.A. = \* \* \* \* \*

### WEBER



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





code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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 ... 03-11-2008

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

De Mr, Melle, Mme 2 NABER Boudina

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Dr. R. MOUFFAK  
O.R.L.  
C.O.D.E. AL FARABI  
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 30 30 / 47 30 30 Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 09113928



**code**  
AL FARABI

A+I

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le... 3. 11. 2022

Renseignements cliniques : Vestige

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  P E A

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

**Dr. R. MOUFFAK**  
O.R.L.  
C.O.D.F. AL FARABI  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30  
INPE : 091113928



**code**  
**AL FARABI**

A+I

**مركز فحص وتشخيص امراض الالتهق 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le 03/11-620

Renseignements cliniques : HYPERTENSION

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☒ PE A

☒ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☒ MANŒUVRES POSITIONNELLES

Dr. R. MOUFFRAK  
C.O.D.E.A. FARABI  
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 30 30 / 47 20 20  
Fax : 05 22 20 18 85

Dr. R. MOUFFRAK  
C.O.D.E.A. FARABI  
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 30 30 / 47 20 20  
Fax : 05 22 20 18 85