

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0026273

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8328 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAROL ROLID NADIA

Date de naissance : 18/09/1965

Adresse : Lot N°6, lotissement EL Sahra, Route d'Agemmar

Tél. : 0661170950 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : JAN 2020


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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/12/19	Q		300	
11/12/19	KotKif		500000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/12/19 611100

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

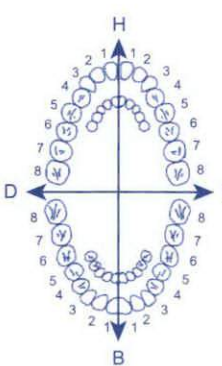
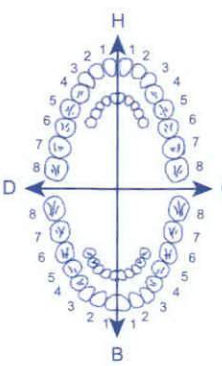
11/12/19 manœuvres 1000,00DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOS
Cas

740 04 22
LOT PER
Prix 99,00

Madame

NADIA

HAROUCHE

BETASERC CP

1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS

DORMIR SUR LE COTE G PDT 15 JOURS

MAGMINE CP

1 CP PAR JOUR PDT 1 MOIS LES SOIRS

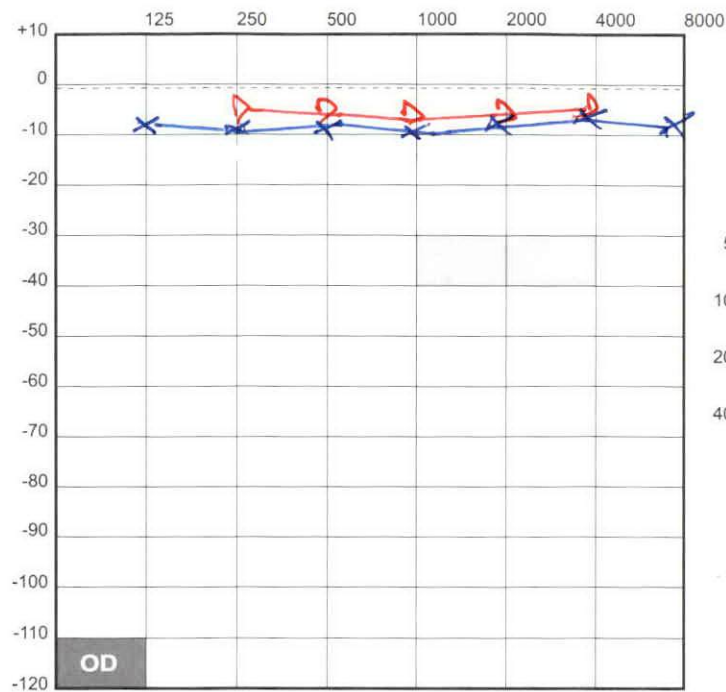
Signé : Professeur HESSISSEN M.A



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca
Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ORL
Diagnostic & Explorations

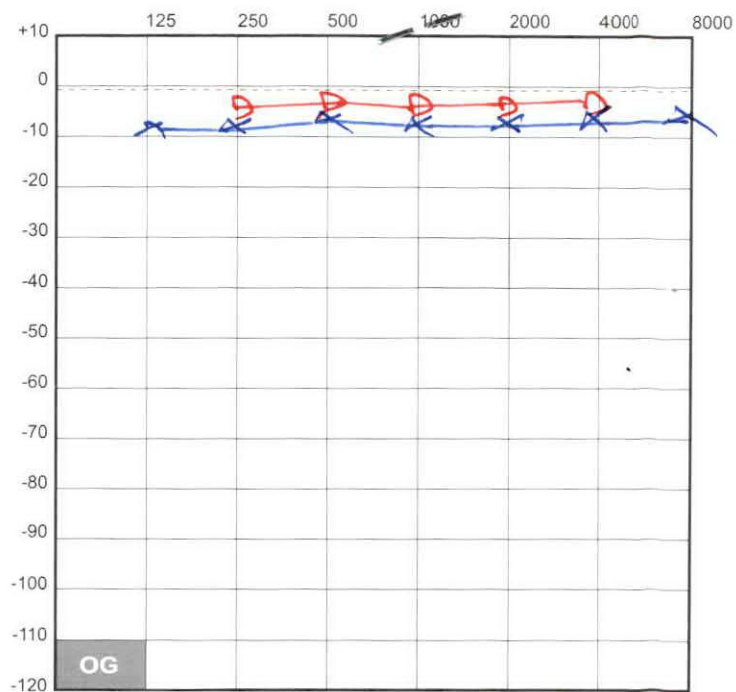
الأنف والأذن والحنجرة
الفحص والتشخيص



I.A. D = %

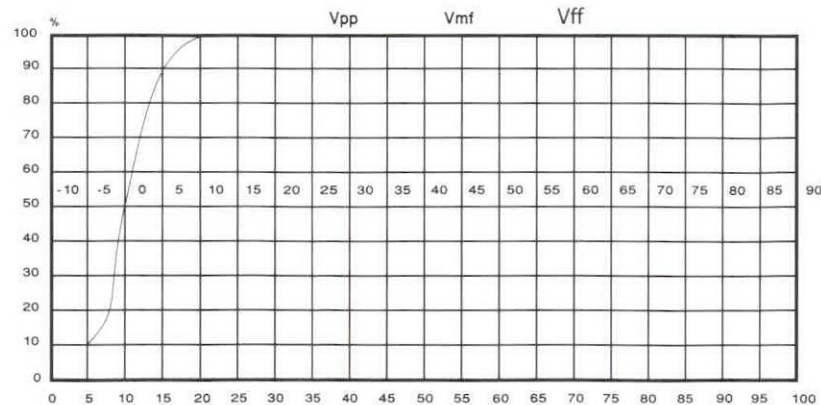
PERTE AUDITIVE

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



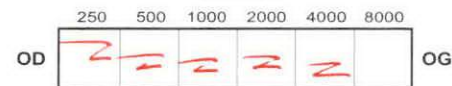
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



I.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
MANŒUVRES POSITIONNELLES

Le 11/12/19

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour manœuvres positionnelles.

100000 / Mille Cents Dirhams

HABOUB NADIA

Pr. Med. A. HESSISEN
Centre O.R.L de Diagnostic et d'Explorations
C.O.R.L AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 05 22 47 20 20 - 05 22 20 18 85

Pr. Med. A. HESSISEN
Centre O.R.L de Diagnostic et d'Explorations
C.O.R.L AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي
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
CONSULTATION

Le 11/2/19.....

Reçu la somme de **trois cents (300) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

HAROU ROUD NADIA.....

Pour consultation ORL (C2)



Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85
INPE : 1033753

code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفارابي
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

HA Rou Roud NANA

Le

11/12/14

Renseignements cliniques :

Bilan

Pour

π

AUDIOGRAMME TONAL

π

IMPEDANCEMETRIE

π

P.E.A

π

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Pr. Med. A. HENISSSEN
Centre ORL
Centre ORL Diagnostic et Explorations
CODE AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Cas
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 001033753

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الالنف الاذن والحجرة القراقي
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 11/12/19

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

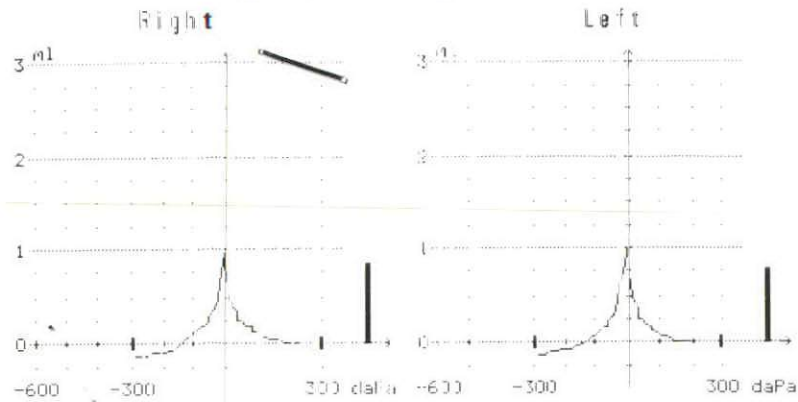
De Mr, Melle, Mme

HAROU ROUD NADIA

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85
INPE : 091033753

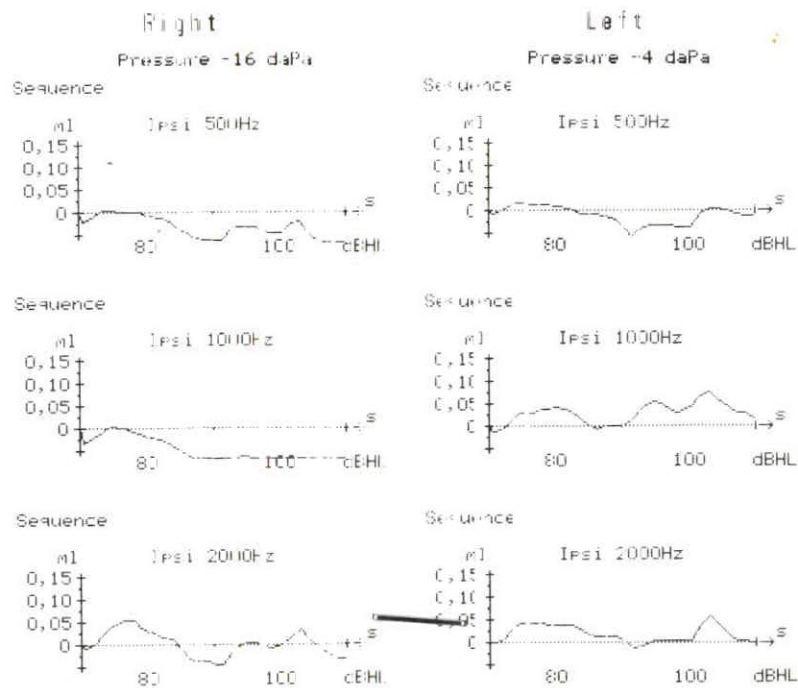
Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85
INPE : 091033753



Ear Volume 0.84 ml
Compliance 0.97 ml
Pressure -16 daPa
Gradient 0.70 ml

Ear Volume 0.80 ml
Compliance 1.06 ml
Pressure -4 daPa
Gradient 0.81 ml

Reflex



OD

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM HAROUROUD

Prénom Nadia

Date de naissance Date d'examen

Observations

Pr. Med. A. KRISSENSEN
Centre de Diagnostic et d'Explorations
O.R.L. - E.N. - E.N. - E.N. - E.N. - E.N.
Audiologie - E.N. - E.N. - E.N. - E.N. - E.N.
Tel: 09 24 24 24 24 - Fax: 09 24 24 24 24
N° 09 24 24 24 24

