

# 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.

## 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](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° M21- 063201

82940

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rachid BENNIS

Date de naissance : 22 OCTOBRE 1953

Adresse : 28 Rue Hassan el Agha

Boulevard 5-ème Cas

Tél. : 06 61 32 962 Total des frais engagés : 135860 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2015

Nom et prénom du malade : Rachid BENNIS Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Le : 15/10/2015

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/8/21	G		3000	
26/8/21	Urin		500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia LAHJAJMA Avenue du Phare - Résidence Tagnazout Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	26-08-2021	568,50

## 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de

## 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

	H	G	
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 26/08/2021

Casablanca, le .....

Monsieur

RACHID

BENNIS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

102,60

**AERIUS**

1 cp par jour le soir pdt 15 jours

136,20

**NASONEX 120**

2 pulvérisations dans chaque narine matin et soir 1 mois

71,30 x 4

**TANAKAN**

1CP \* 2 fois par jour 20 jours par mois pendant 6MOIS + 3

21,80

**POLYDEXA AURICULAIRE**

10 gouttes ds l'oreille le soir pendant 6 jours

22,70

**BAYCUTENE**

1 application, par jour pendant 7 jours, puis apres chaque bain



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

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Parc Residence Taghazout  
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Parc Residence Taghazout  
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

DIAGNOSTIC  
EXPLORATIONS

ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص



**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés



أيريوس  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** أقراص  
ملبسة

LOT: 091  
PER: MAI 2023  
PPV: 102 DH 60

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

71,30



21,80



LOT:  
PER:  
PPV:

22,70



**Baycutène® N**

Anti-eczémateux



71,30



71,30



71,30

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le 26/18/24.....

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

De Mr, Melle, Mme

Benagis Dardis

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Dr. R. MOUJFAK  
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 44 47 30 30 / Fax : 05 22 20 18 85  
INDE : 091113928

# code

## AL FARABI

A+I

### مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي

### 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 26/8/2

Renseignements cliniques : .....

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  P E A

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

$\pi$  VHIT

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

Merci me re. Scanner

le Dossier. —

et me danger

Mosil —————>

\_\_\_\_\_ Date Facture : 13/02/2018

\_\_\_\_\_ Période facturée :  
\_\_\_\_\_

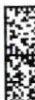
### **FRAIS MENSUELS**

Frais de plafonnement

Forfait Optimis 30H

Internet Mobile Gratuit

Option intra flotte 0 dh



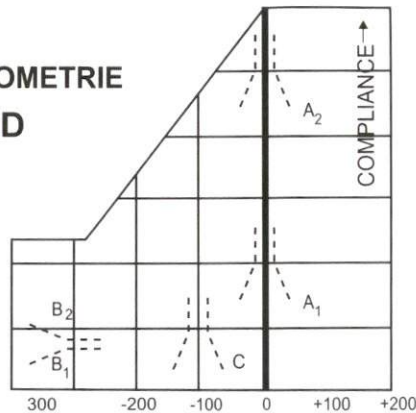
### **FRAIS PONCTUELS**

Forfait Internet 2Go

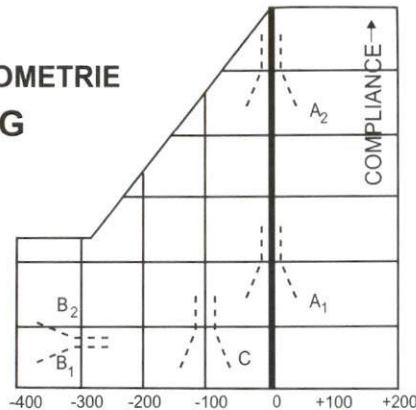


# IMPEDANCEMETRIE

## TYMPANOMETRIE OD



## TYMPANOMETRIE OG



## REFLEXE STPEDIEN

Stim OD		Réflexe OG	Stim OG		Réflexe OD
500 Hz =	dB		500 Hz =	dB	
1000 Hz =	dB		1000 Hz =	dB	
2000 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 الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

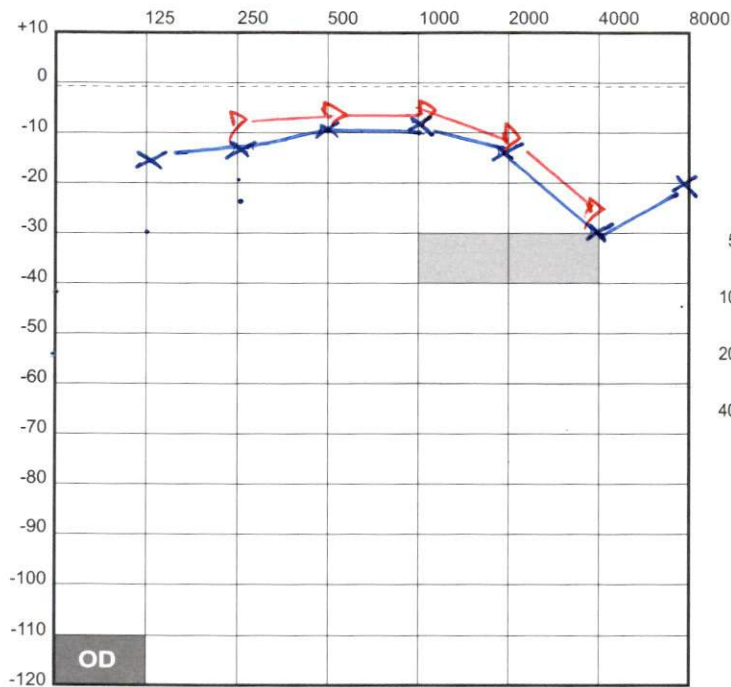
NOM ..... *BENNIS*

Prénom ..... *Rachid*

Date de naissance ..... Date d'examen ..... *26 AOUT 2021*

Observations .....

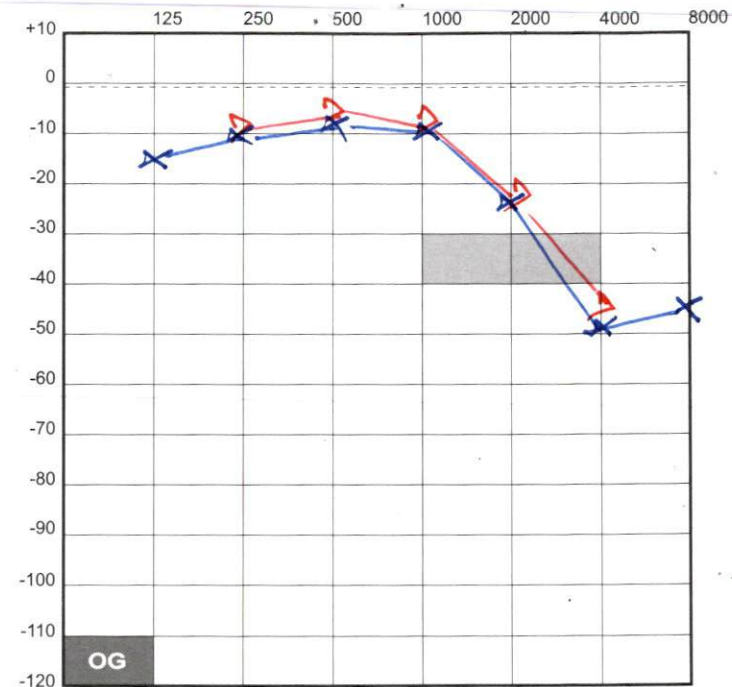




I.A. D = %

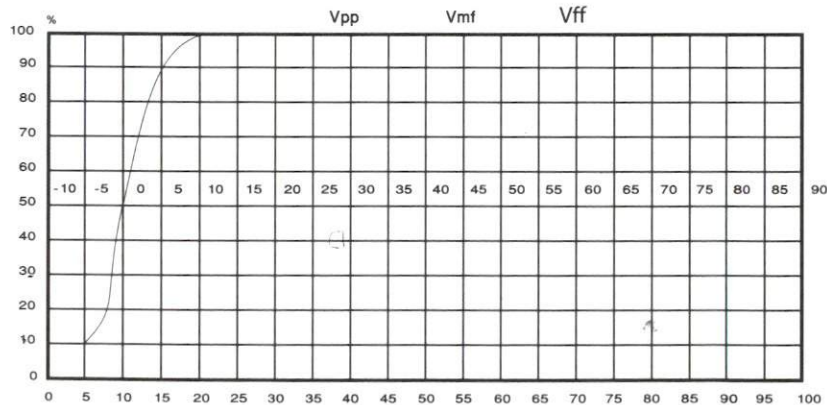
### PERTE AUDITIVE

	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

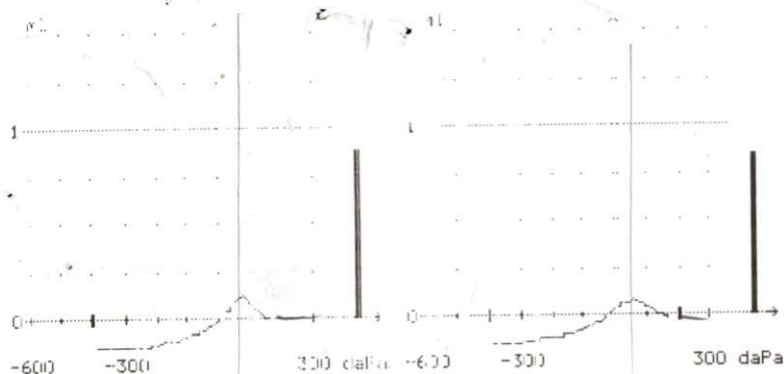


A7235

# Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 0.88 ml  
Compliance 0.13 ml  
Pressure 78 daPa  
Gradient 0.07 ml

Ear Volume 0.84 ml  
Compliance 0.08 ml  
Pressure 63 daPa  
Gradient 0.03 ml

## Reflex

Right

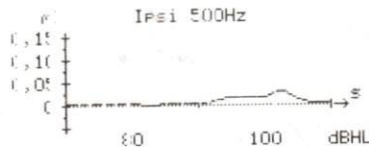
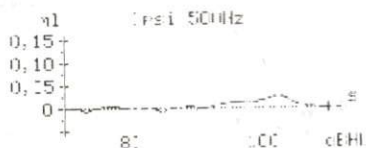
Left

Pressure 78 daPa

Pressure 63 daPa

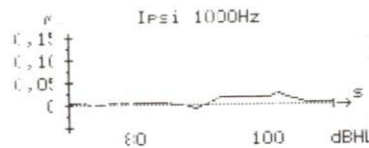
Sequence

Sequence



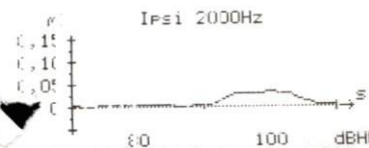
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



Sequence

Sequence

