

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-541621

84875

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 012663

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDAD Moncef

Date de naissance : 24/10/81

Adresse : Résid. Imme. Californie, 7 cours 21, Apt 12 Casablanca

Tél. : 06.66.15.05.15

Total d

800,00 dhs# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2021

Nom et prénom du malade : HADDAD Moncef Age : 39 ans

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 : Casablanca

Le : 20/10/2021

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

18-1-8121 5 300 INP: []

18-1-8121 5 500 INP: []

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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الالاف الاذن 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
CONSULTATION

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2).

Le 1-8-12
300
HADDAD Min
Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85
NPE : 091113928

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85
NPE : 091113928

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف 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

NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le ... 27/8/21

Reçu la somme de

500

De Mr, Melle, Mme

HAOUA

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

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

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحجرة القارابي
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

Renseignements cliniques :

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☐ P E A

☐ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐ MANŒUVRES POSITIONNELLES

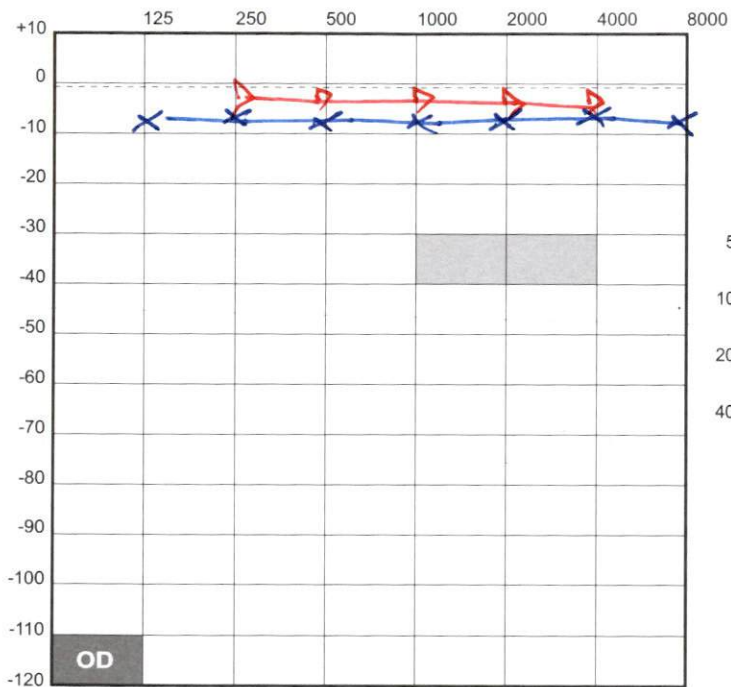
☐ VHIT



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, Casablanca
Tél : 022 47 30 30 / 47 30 30 G Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928



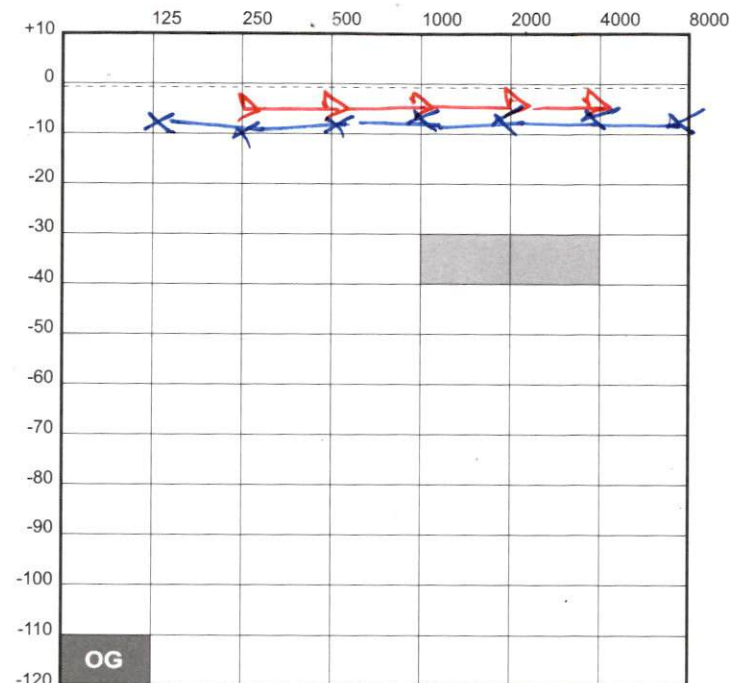
Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.E. AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani
Tél : 05 22 47 30 30 / 47 30 30 G Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928



I.A. D = %

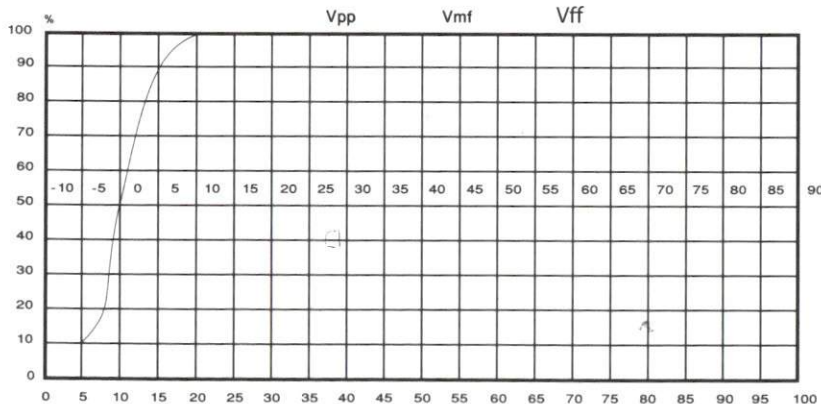
PERTE AUDITIVE

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



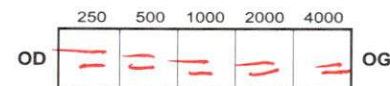
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + + = = 3

WEBER

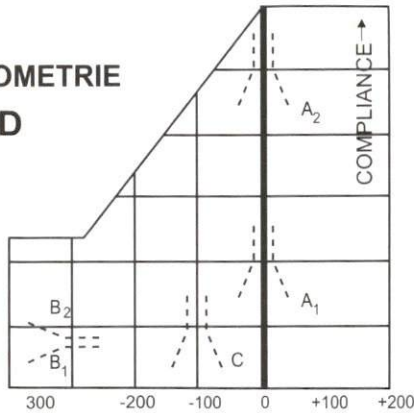


OD : Oreille droite
OG : Oreille gauche
PAM : Perte auditive moyenne
I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

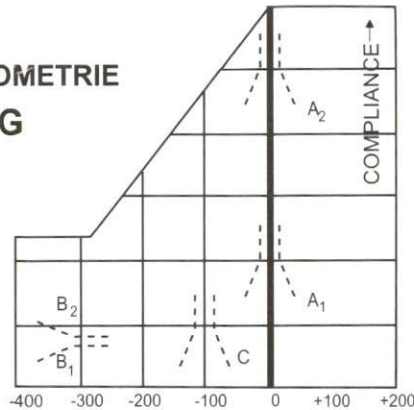


IMPEDANCEMETRIE

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 امراض الانف والاذن والحنجرة الفراجي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM HADDAD

Prénom Rim

Date de naissance Date d'examen 18 AOUT 2021

Observations

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.F. AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Boulim Roussin - Casa
Tél : 05 22 47 30 50 LG-Fax : 05 22 20 19 85
www.mouffak.com

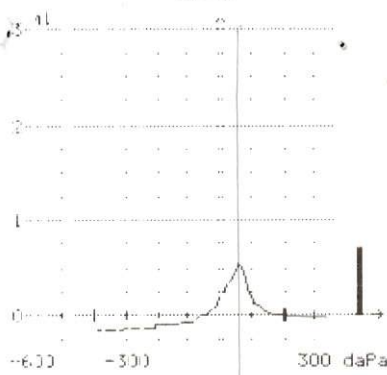
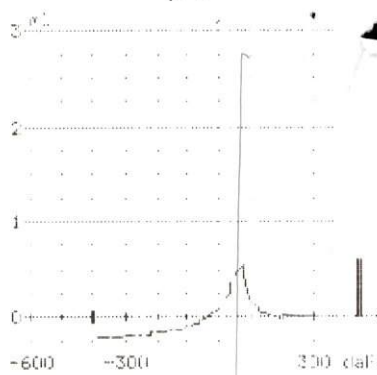


A7235

Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 0.63 ml
Compliance 0.56 ml
Pressure 66 daPa
Gradient 0.41 ml

Ear Volume 0.71 ml
Compliance 0.56 ml
Pressure 63 daPa
Gradient 0.38 ml

Reflex

Right

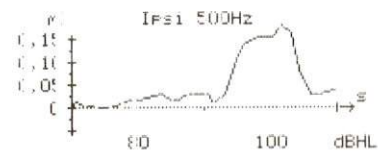
Left

Pressure 66 daPa

Pressure 63 daPa

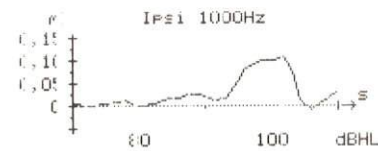
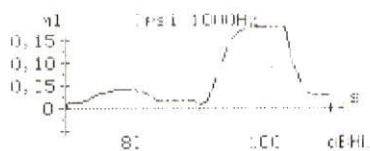
Sequence

Sequence



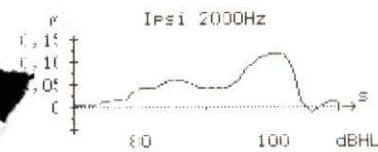
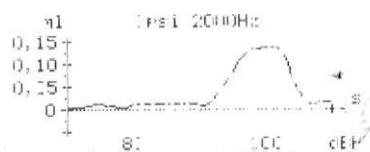
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



Sequence

Sequence

