

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8193 Société : grous

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Rhélam Rita

Date de naissance :

01 07 1974

Adresse :

Terrasses de bouskoura imm 10 app 12 villa verte casablanca

Tél. : 066 123 4217 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2021

Nom et prénom du malade : XANIS HARRACH

Age: 9ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

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 : 27/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RH

## 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
27/11/21	C	300 DH	300 DH	O.R.I. Centre CIS de Diagnostic et Explorations C.O.D.E AL FARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 28 Ps. M. D. A. MESSISSEN O.R.I.
27/11/21	K 15 HK 10	500 DH	500 DH	O.R.I. Centre CIS de Diagnostic et Explorations C.O.D.E AL FARABI Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 28 Ps. M. D. A. MESSISSEN O.R.I.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux



A+I

**مركز شخص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراقي**  
**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

.....HARRACH.....YANIS....

Le.....27/11/87

Renseignements cliniques : .....

Pour  π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π PEA

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

π VHIT

Pr. Med. A. HESSISSEN  
O.R.L  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
TEL : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 47 20 20  
N° PE 09103375



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  
CONSULTATION

Le ..... 27/01/21..

Reçu la somme de

... 300 DHS, Three Cents dinars

De Mr, Melle, Mme

..... HARRACH ..... XANIS

Pour consultation ORL (C2).





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

A+I

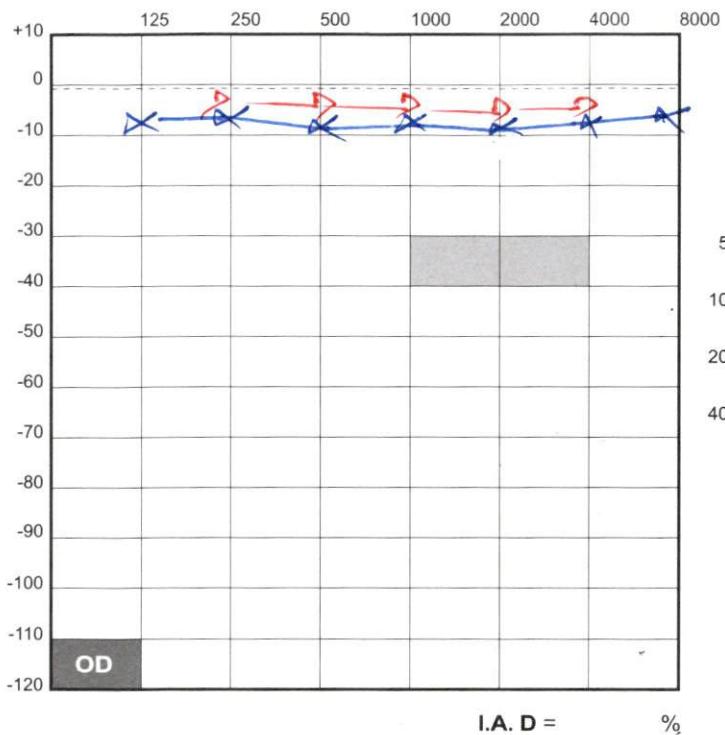
Le ... 27/11/2001

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

De Mr, Melle, Mme ... H.A.R.R.A.C.H.....Y.A.N.S

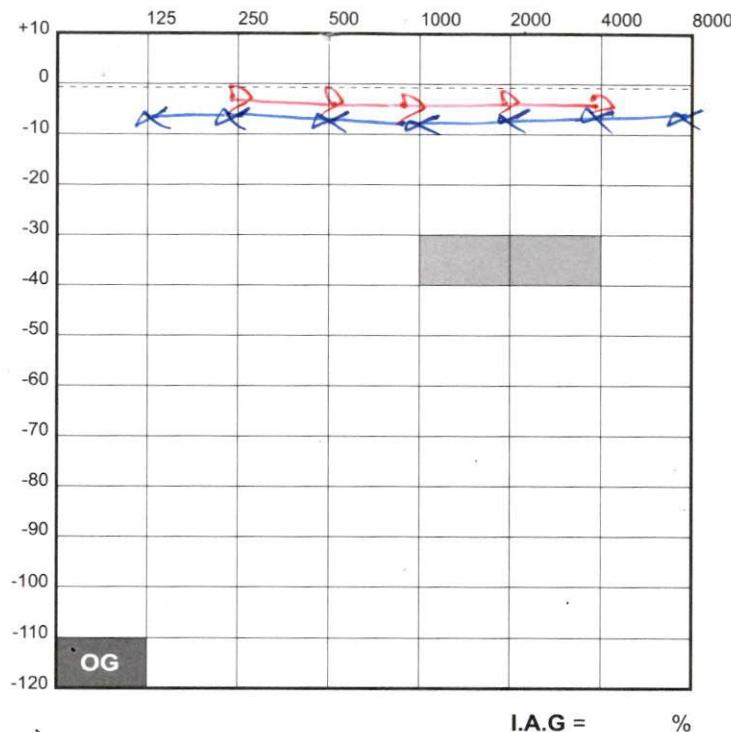
Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).



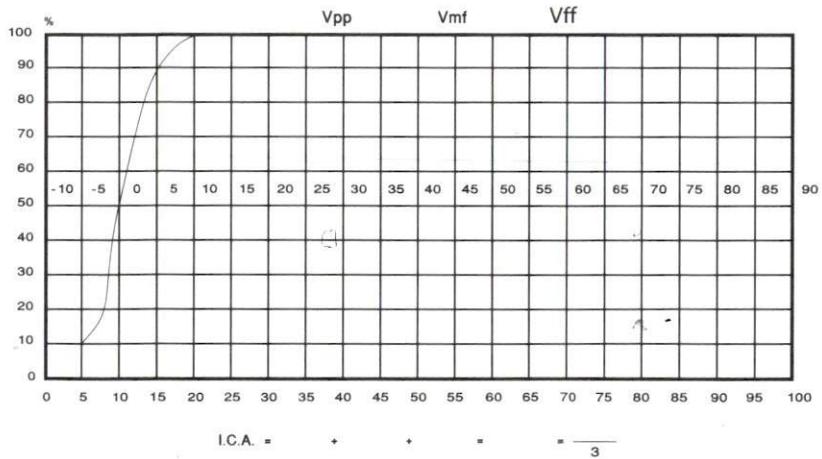


### PERTE AUDITIVE

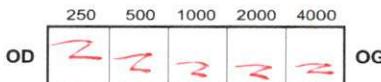
OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	db
	db



### EPREUVES VOCALES



### WEBER



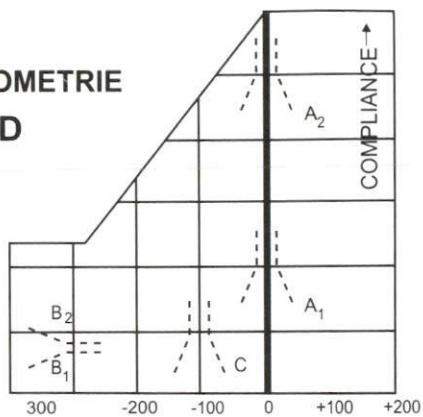
- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



## IMPEDANCEMETRIE

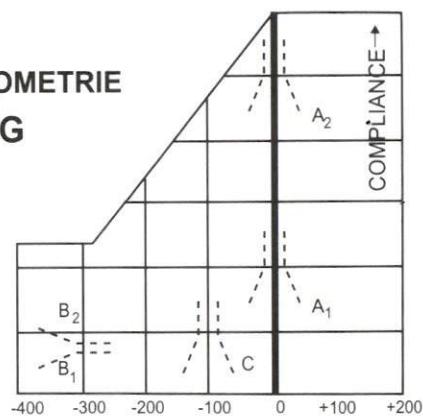
### TYMPANOMETRIE

OD



### TYMPANOMETRIE

OG



### REFLEXE STPEDIEN

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

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 والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

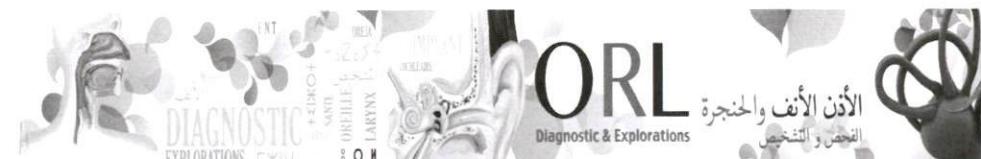
### AUDIOGRAMME

NOM ..... *HARRACH*

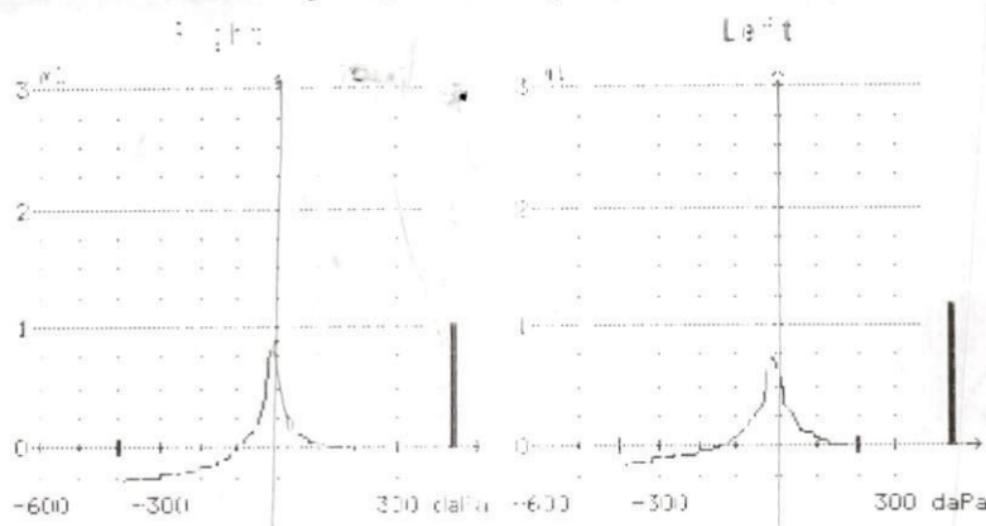
Prénom ..... *Tanis*

Date de naissance ..... Date d'examen ..... 27 NOV. 2021

Observations .....  
.....  
.....  
.....  
.....



## Audiogram and OME



## Reflation

