

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-686214

107659



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

11762

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Youssef Benabdell

Date de naissance :

16/11/1974

Adresse :

403, Lot 13 Sopof 41 Sadd

Tél. :

062 06 10 34

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

P. H. CHELLY

Date de consultation :

Benabdell Youssef Age: 6

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 nécessaires au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

P. H. CHELLY
Casablanca

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/10/09 | 22 | 5115 | 600 | 19/10/09 49 |
| 09/11/09 | 19 | 10115 | 400 | Fr. H. COUDERT |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| 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 | | | | 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 de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراري 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

Le

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (K5) pour microaspiration pour bouchon de cérumen

microaspiration pour
honn de cérumen



A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
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, Enf^t

Bencharid Liad

Le....

Renseignements cliniques : OSW

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA

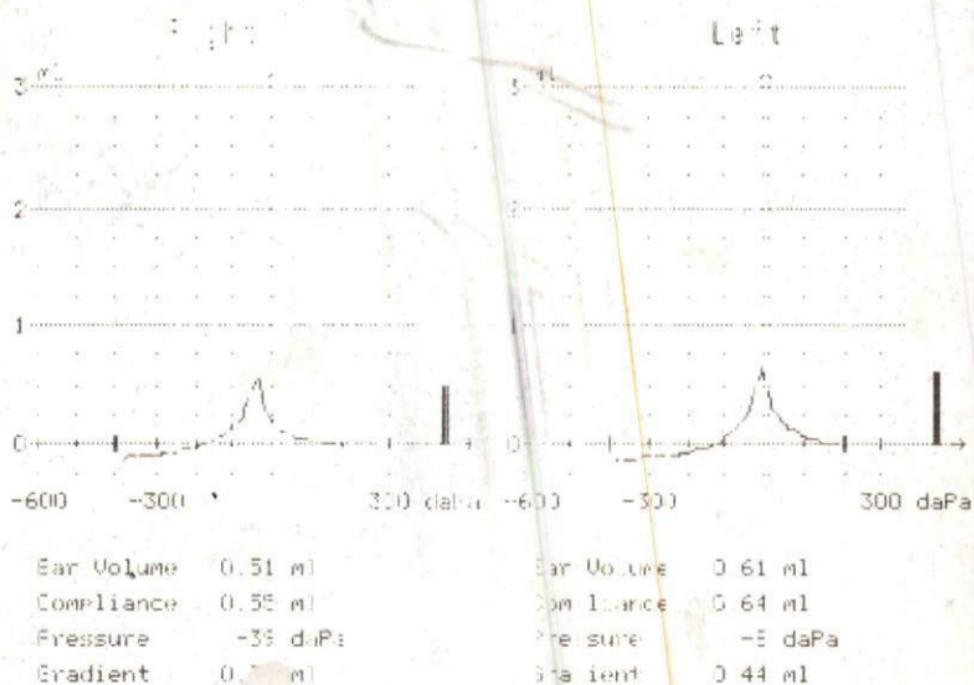
VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

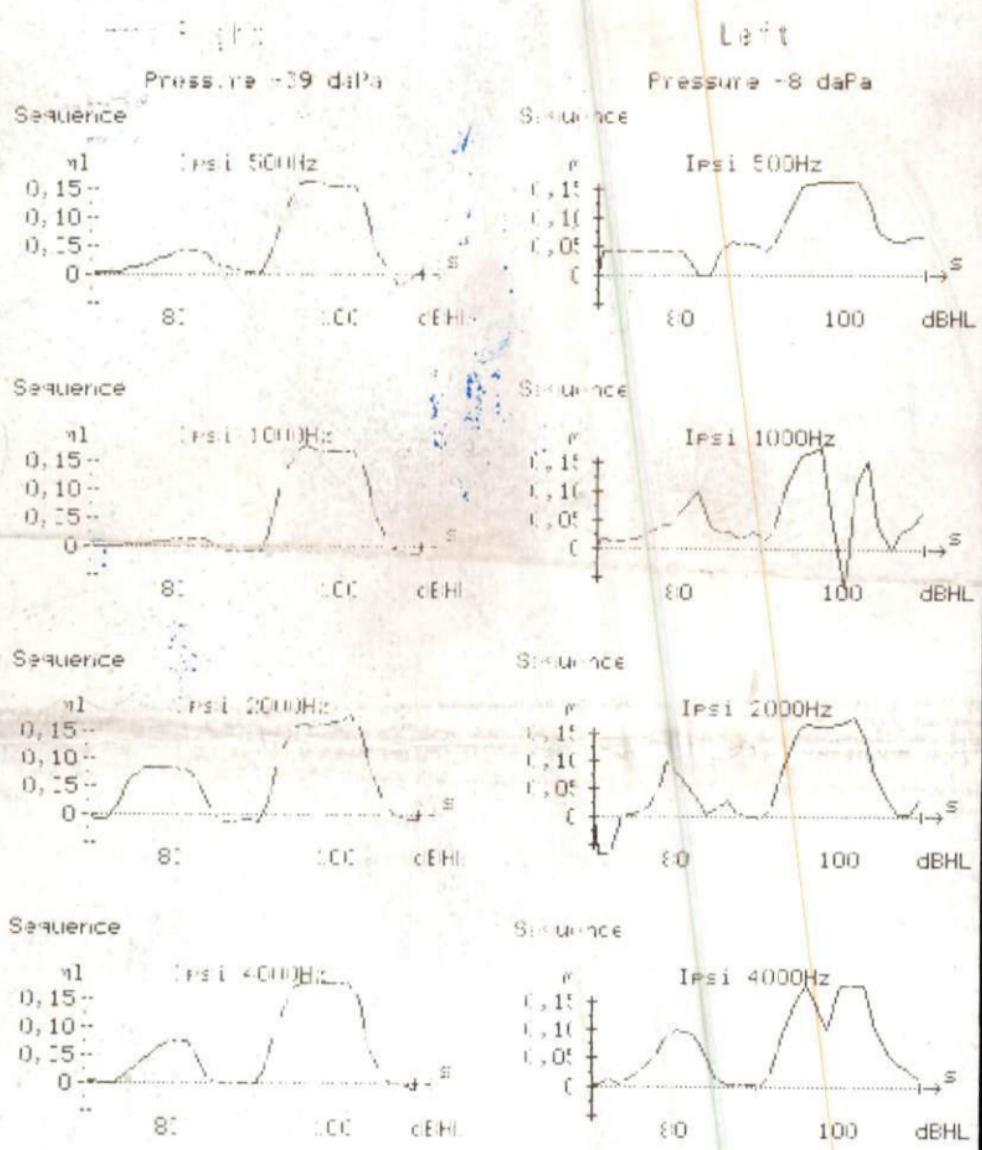
VHIT

Pr. H. CHELLAL
ORL
Centre ORL et Explorations Fonctionnelles
C.C.F. 1040949
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32
Fax : 022 20 18 85
INPE : 021040949

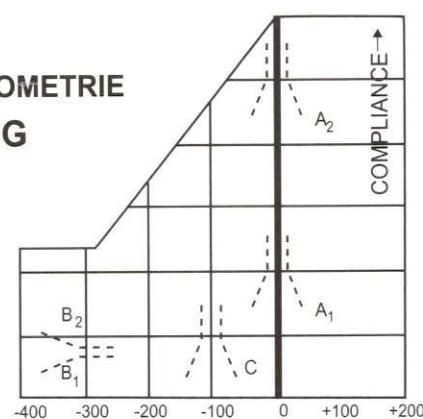
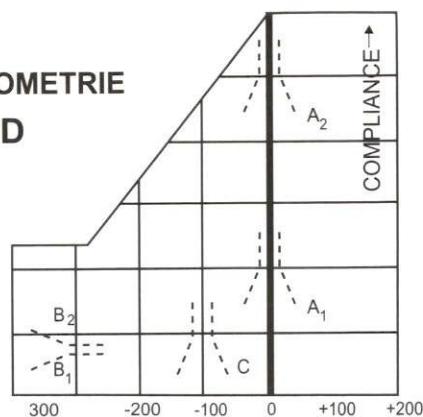
Yin-Yang audiogram



Refractory



IMPEDANCEMETRIE



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 | |

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB
> 15 ans = 80 à 95 dB

code
AL FABAB

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

AUDIOGRAMME

NOM BERCHIDI

Prénom..... ZIAO

Date de naissance Date d'examen

Date de naissance Date d'examen

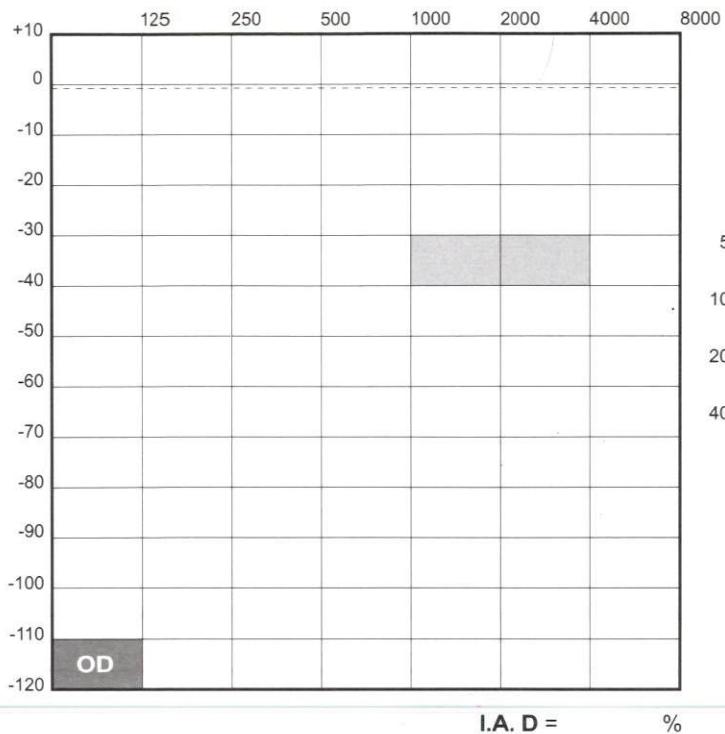
Observations

PI. H. CHELLY
OR de Diga, Sist. et Explorac.
EL PARANÍ Casablanca
Av. Brasil República 2220 16^o
091040349

Centre
C.O.D.
Angle Rue
Tel. 01 22 22 22

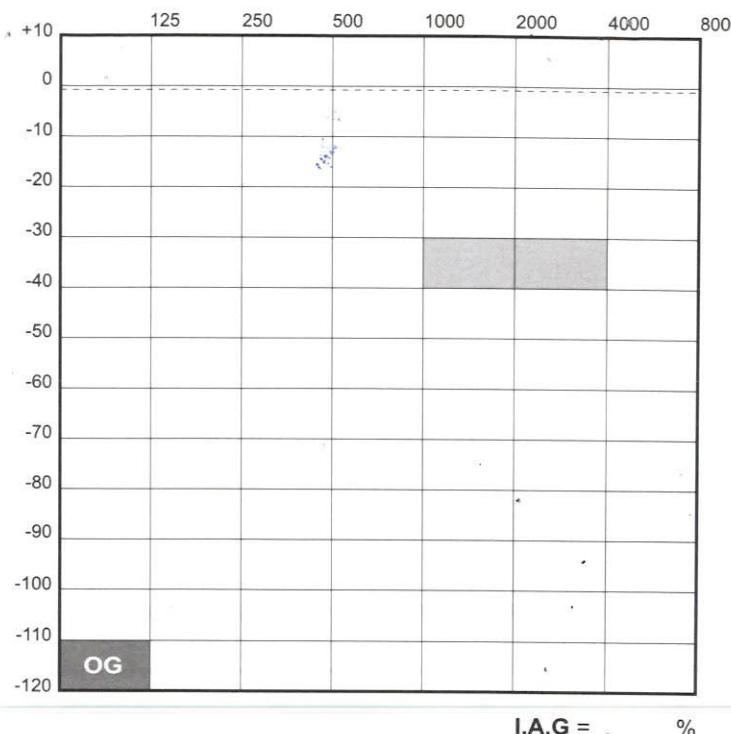


ORL
Diagnostic & Explorations

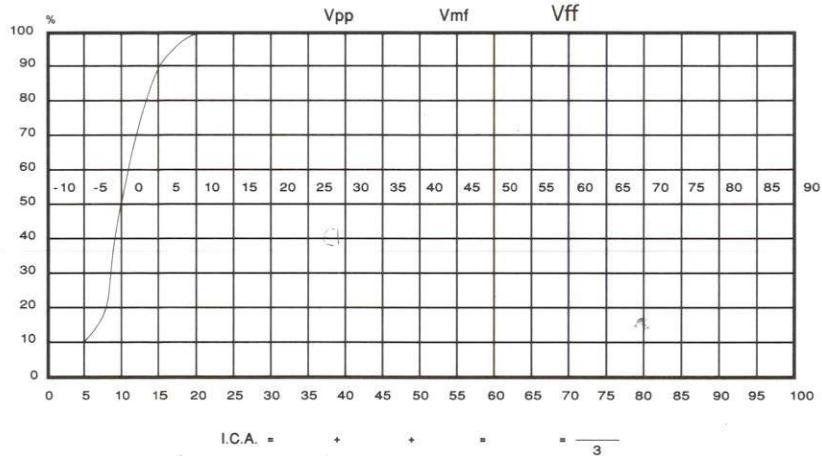


PERTE AUDITIVE

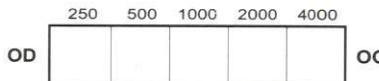
| OD | OG |
|---------|----|
| 500 hz | db |
| 1000 hz | db |
| 2000 hz | db |
| 4000 hz | db |
| PAM | db |
| | db |



EPREUVES VOCALES



WEBER



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

