

# 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.



## Déclaration de Maladie : N° P19-0009899

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8235 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : Al Houi Youssef Date de naissance : 11/7/1963  
Adresse :  
Tél : 0661 688218 Total des frais engagés : 1212,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 7/10/2022  
Nom et prénom du malade : Abdelhak Mag. Hana  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
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 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) :

## 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

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

INPE: 092016815

### 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

AM      PC      IM      IV

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

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

Casablanca le 07/09/2022

Casablanca, le.....

Madame SOULAIMANI ALAOUI

**BETASERC CP**  
1CP \* 2 PAR JOUR \* 2 MOIS



Handwritten notes in blue ink: 78,10 and 23/12/22

صيدلية بوردو  
PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI Halima  
341, Bd. Zerkoutni - Casablanca  
Tél: 05.22.27.73.44

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN  
O.R.L  
Centre ORL 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 85  
INPE : 091033753



Angle

Boulevard Brahim Roudani &

7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20

0522 47 30 30

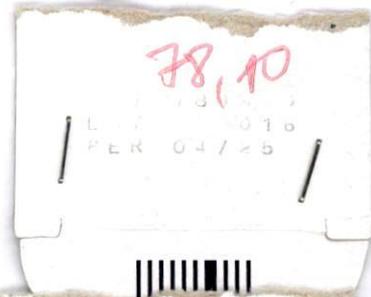
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquesspecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



ORL  
Diagnostic & Explorations  
الحنجرة

**code**  
AL FARABI

A+I

**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 /32 32 FAX :022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le.....

Renseignements cliniques : .....

Pour  **π** AUDIOGRAMME TONAL

**π** IMPEDANCIEMETRIE

**π** P E A + ASSR

**π** VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

**π** MANŒUVRES POSITIONNELLES

**π** VHIT

*ALFA... Souk... 27/9/20*

Centre ORL  
Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
tel: 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 081033753

# code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف 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

Le .....

Reçu la somme de

400 / quatre cents

De Mr, Melle, Mme

ALADIS ENLAPAR HAWIJ

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen

Dr. Med. A. HESSISSEN  
O.R.L  
Centre ORL 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 85  
INPE : 091053753

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الالتهاب 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 ..... 27/12

Reçu la somme de

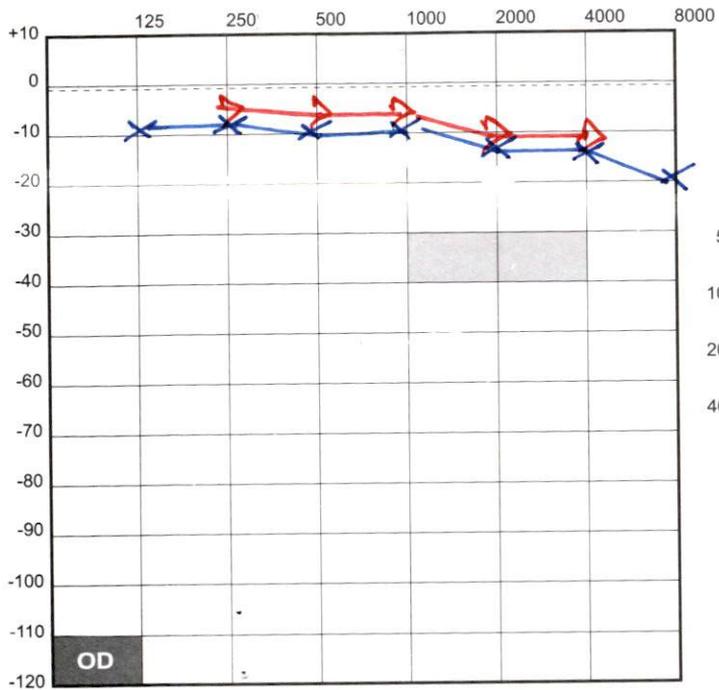
..... 100 / 1000000

De Mr, Melle, Mme

..... ALAOU SALAM HANIF

Pour audiogramme + impédancemètrè (K15 + K10).

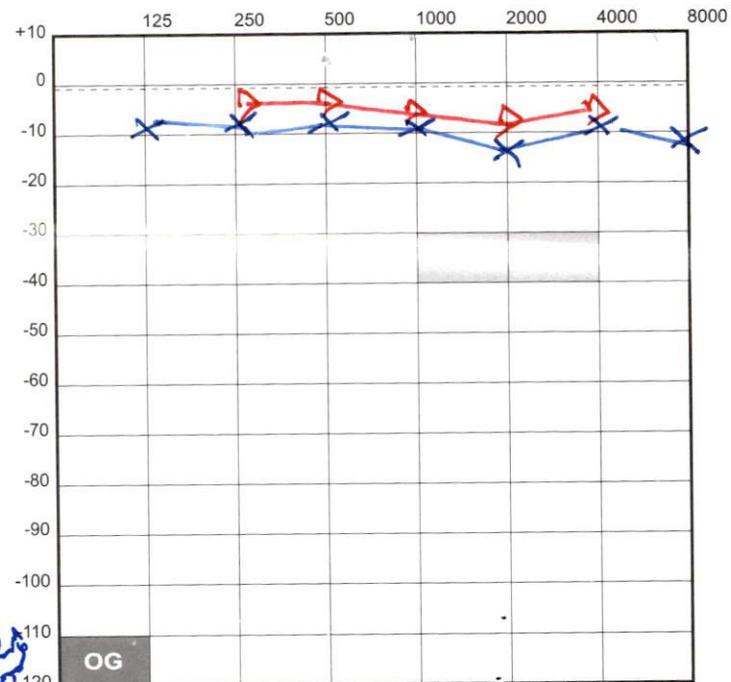
Med. A. HESSISSEN  
O.R.L  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Cas  
Tél : 05 22 17 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPC : 092033753



I.A. D = %

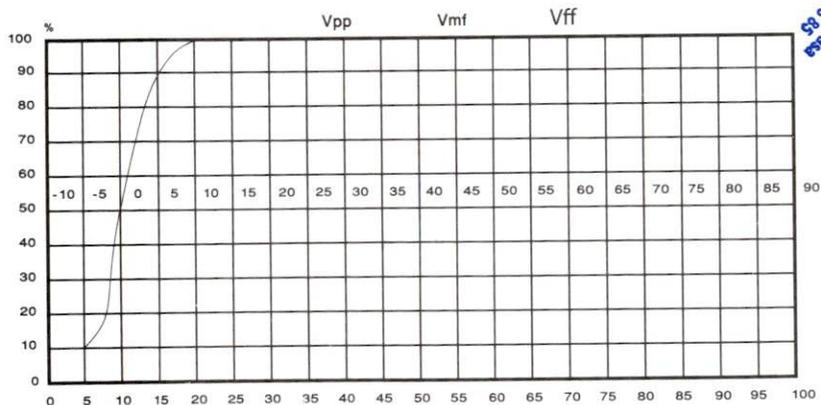
**PERTE AUDITIVE**

	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

Pr. Med. A. HESSISSSEN  
 Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
 C.O.D.E.A.L.  
 Anglet Rue Jean Jaurès - 64500 - Fax : 05 22 20 18 85  
 Tél : 05 22 41 28 50 - Fax : 05 22 20 18 85  
 INSEE : 091033753



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



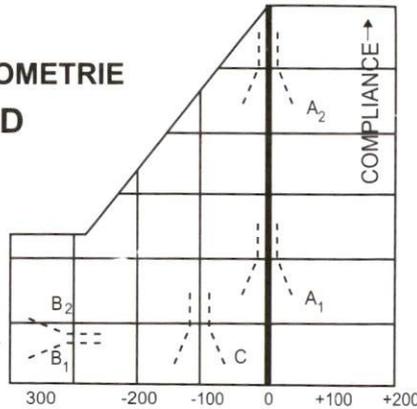
# IMPEDANCEMETRIE



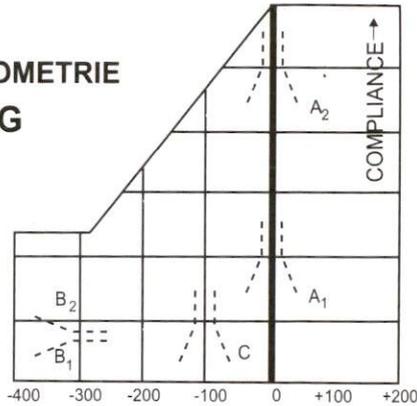
AL FARABI

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

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	

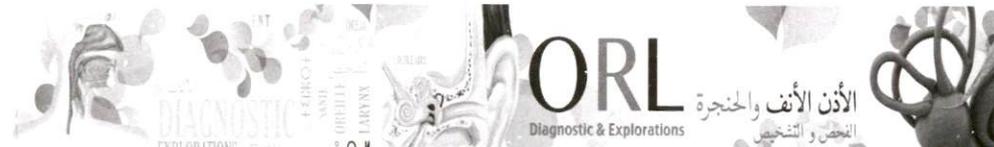
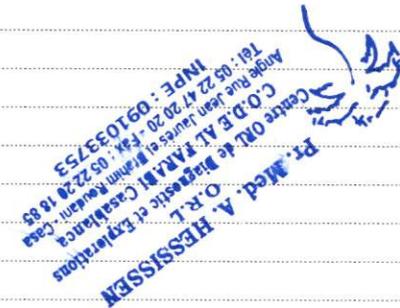
Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB  
> 15 ans = 80 à 95 dB

## AUDIOGRAMME

NOM ..... *ALAGUI SouLaimani*  
Prénom ..... *Houria*

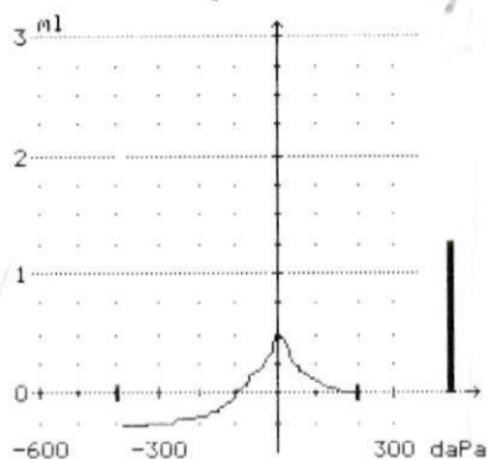
Date de naissance ..... Date d'examen ..... *07 SEP. 2022*

Observations .....



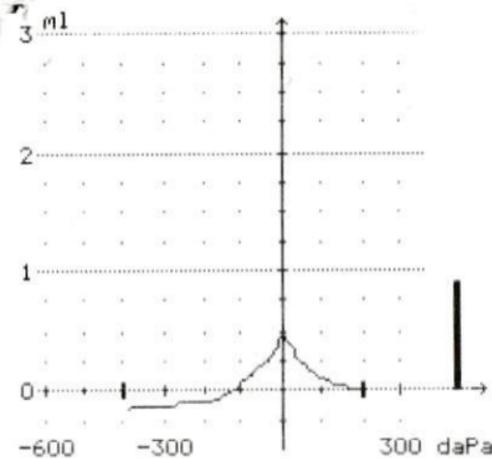
## Tympanogram

Right



Ear Volume 1.26 ml  
 Compliance 0.48 ml  
 Pressure 4 daPa  
 Gradient 0.27 ml

Left



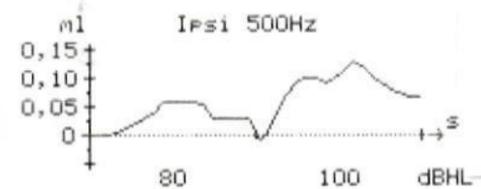
Ear Volume 0.92 ml  
 Compliance 0.46 ml  
 Pressure 4 daPa  
 Gradient 0.24 ml

## Reflex

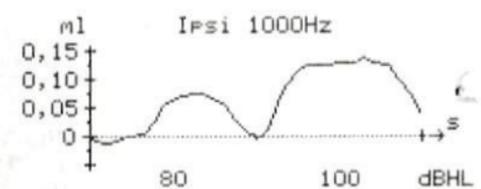
Right

Pressure 4 daPa

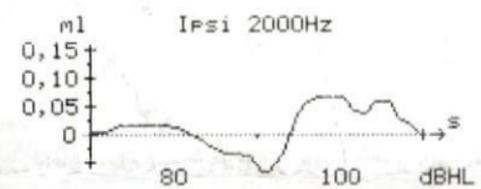
Sequence



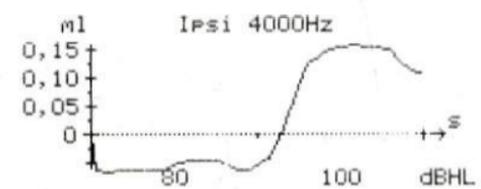
Sequence



Sequence



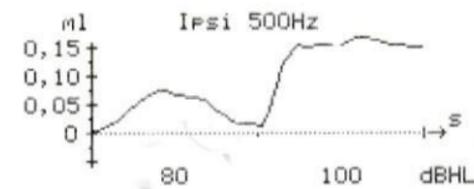
Sequence



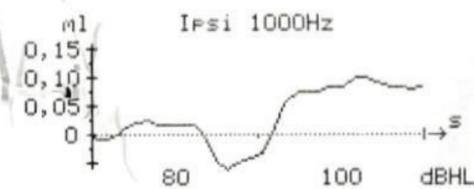
Left

Pressure 4 daPa

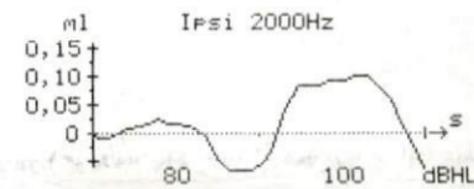
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

