

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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0025302

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1527 Société : RAM 137849

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB MUSTAPHA

Date de naissance : 1955

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0678278963 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 11 / 22

Nom et prénom du malade : CHAKIB Mustapha Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CAS Le : 17/11/2022

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
03/11/22	C3	140	5000F	
03/11/22	K	1540	5000F	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

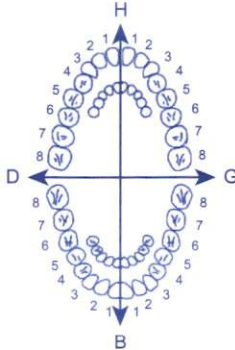
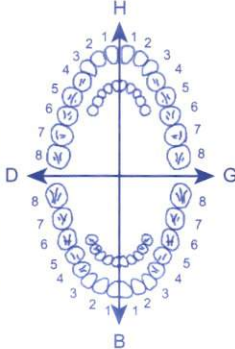
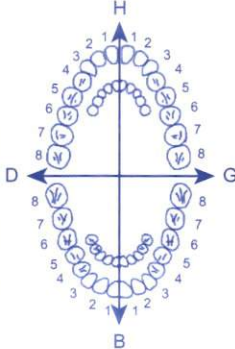
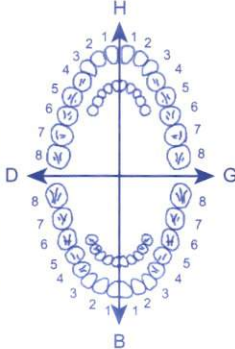
[illegible]

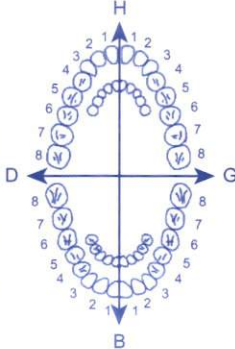
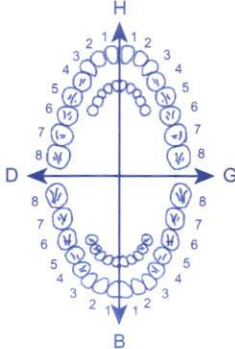
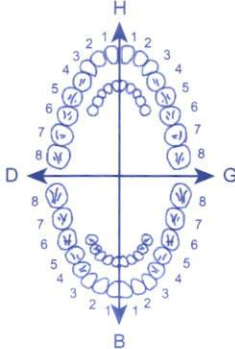
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

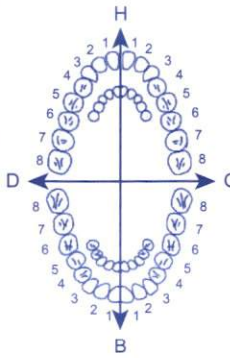
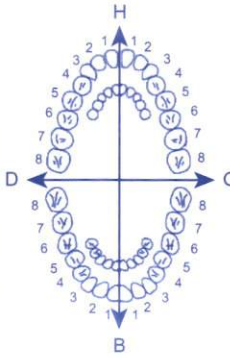
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2"><hr/></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table></div><div>G</div></div><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	<hr/>														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 L'EXECUTION

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/ 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

CHAKIB

Mustapha

Le... 03 NOV. 2022

Renseignements cliniques :

Hypoxie Causée

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☐ P E A+ ASSR

☐ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐ MANŒUVRES POSITIONNELLES

☐ VHIT

Pr. H. CHELLY

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 : 091040949



AL FARABI

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 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le 03/11/22

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

De Mr, Melle, Mme CHAKIB Mustapha

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Dr. H. CHELLY
G.R.L.
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 05 22 20 18 85
INPE - 091040000

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن 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 03/11/22

Reçu la somme de

..... 500 / cinq Cents DH

De Mr, Melle, Mme

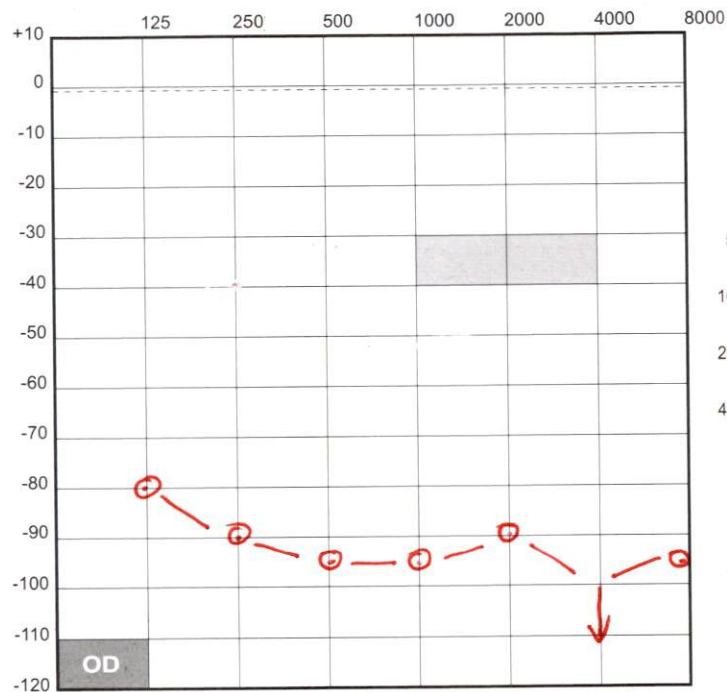
..... CHAKIB Mustapha

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour

Bouchon de cérumen

Pr. H. CHELLY
Centre ORL (Diagnostic & Explorations)
C.O.D.E AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 20 18 85
INPE : 091040949

Pr. H. CHELLY
Centre ORL (Diagnostic & Explorations)
C.O.D.E AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 20 18 85
INPE : 091040949

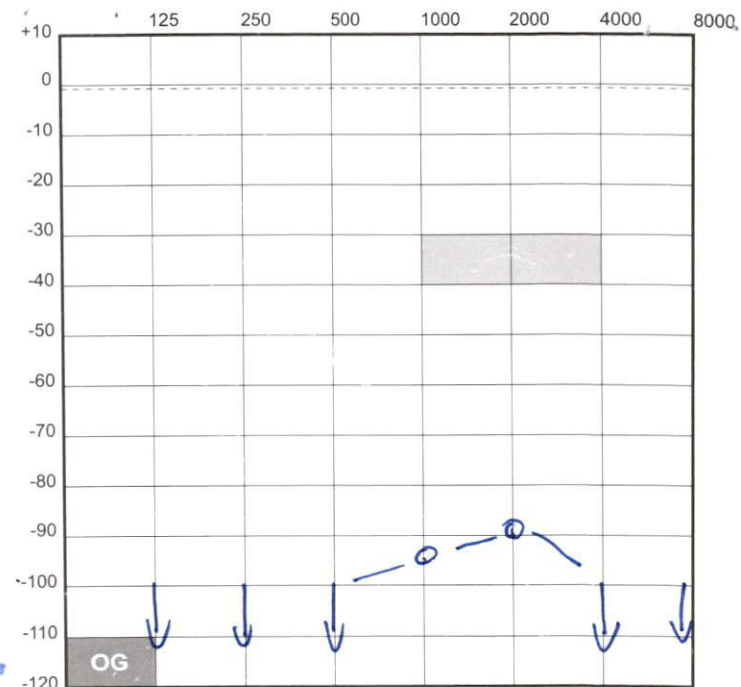


I.A. D = %

PERTE AUDITIVE

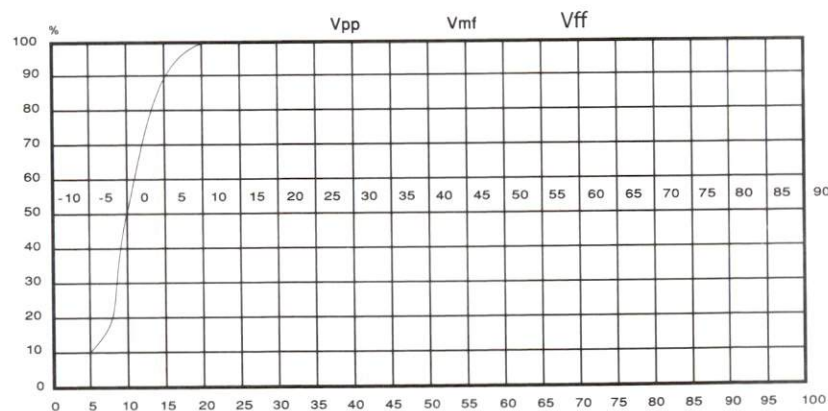
	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
	db	db

PAM
 Dr. H. CHELLY
 Centre ORL et de Diagnostic et Explorations
 C.O.D.E.M. - Casablanca
 Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Djoudani - Casa
 Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
 INPE : 091040949



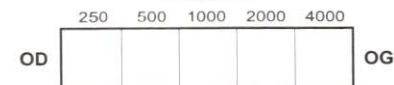
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



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

WEBER



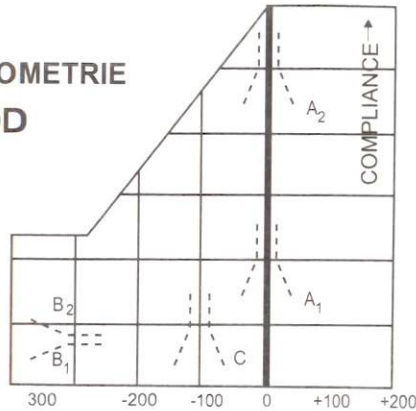
- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



IMPEDANCEMETRIE

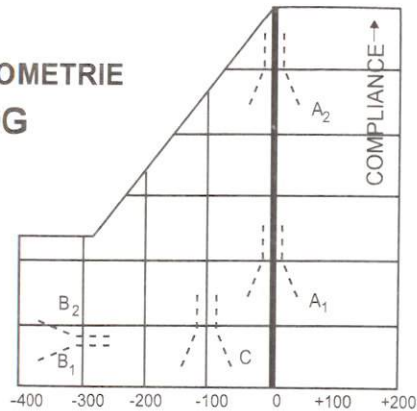
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

Stim OD		Réflexe OG	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 الفراجي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM CHAKIB

Prénom MUSTAPHA

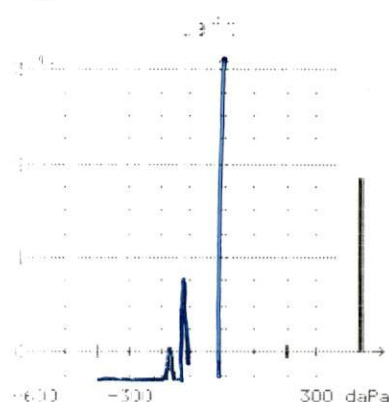
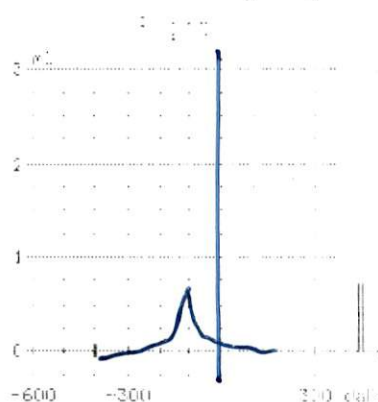
Date de naissance Date d'examen 03 NOV. 2022

Observations



07735

Thyrodopathologie



Ear Volume 0.71 ml
Compliance 0.51 ml
Pressure -100 daPa
Gradient 0.41 ml

Ear Volume 1.84 ml
Compliance 0.92 ml
Pressure -127 daPa
Gradient

Sequence

Pressure -100 daPa

Sequence



Pressure -127 daPa

Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

