

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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>5565</u>	Société : <u>ASS479</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SABER NADIA VUE EL NEDBOUT</u>			
Date de naissance :	<u>01/02/165</u>		
Adresse :	<u>9, Rue Elmenoudi Ben IBTRSEM n°3 etage 2 Mauritius Curablanca</u>		
Tél. :	Total des frais engagés : <u>800</u> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin	
et du médecin :	 <p>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 - Casa Tél : 05 22 47 00 00 (L.G.) - Fax : 05 22 20 18 85 EINPE : 091113928</p>
de consultation :	30/03/2023
et prénom du malade :	SABER NADIA
Age :
Le parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Le de la maladie :	affection
Le cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du conseil de la Mutuelle.
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
Le pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles
Signature de l'adhérent(e) :

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
30/03/23	C		3000 Dhs	DR. M. MOUFAK
30/03/23	Klot + K6		5000 Dhs	DR. M. MOUFAK

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

Diagramme d'alignement dentaire (Dents 1 à 8) avec axes D (Droite), G (Gauche), H (Haut) et B (Bas).

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	G			
B				

Diagramme d'alignement dentaire (Dents 1 à 8) avec axes D (Droite), G (Gauche), H (Haut) et B (Bas).

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT 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 أمراض الأذن 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
A+I

Le 30.3.13

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

De Mr, Melle, Mme

SABRINA MADIA

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10)



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, Enft SABRINA MABROUK Le. 30/3/2013

Renseignements cliniques : Q.M

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

P E A+ ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

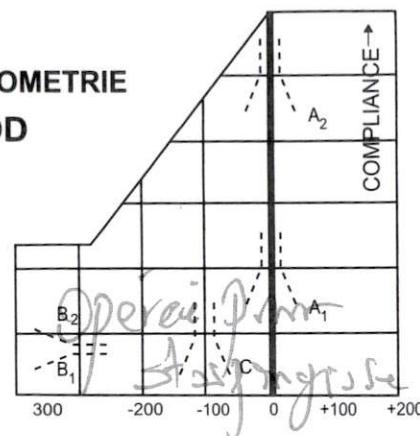
MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

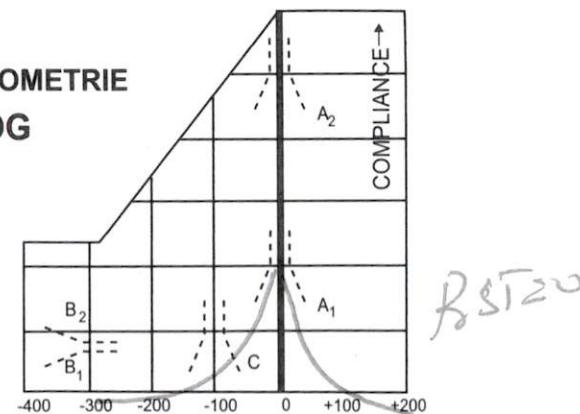
Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tel : 05 22 47 30 30 (L.G) Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

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 والأذن والحنجرة الفرabi
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

SABER

Prénom

Nadia

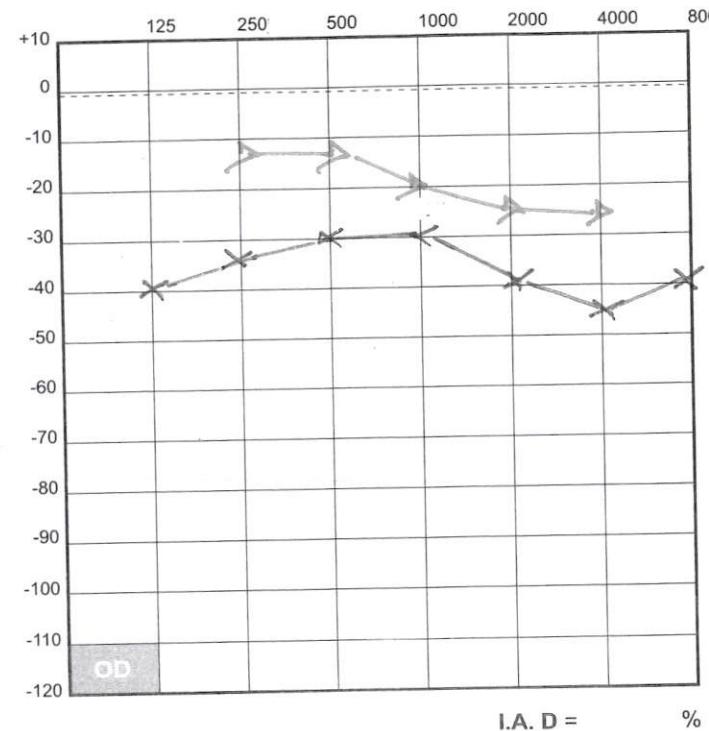
Date de naissance

30 MAR 2023

Observations

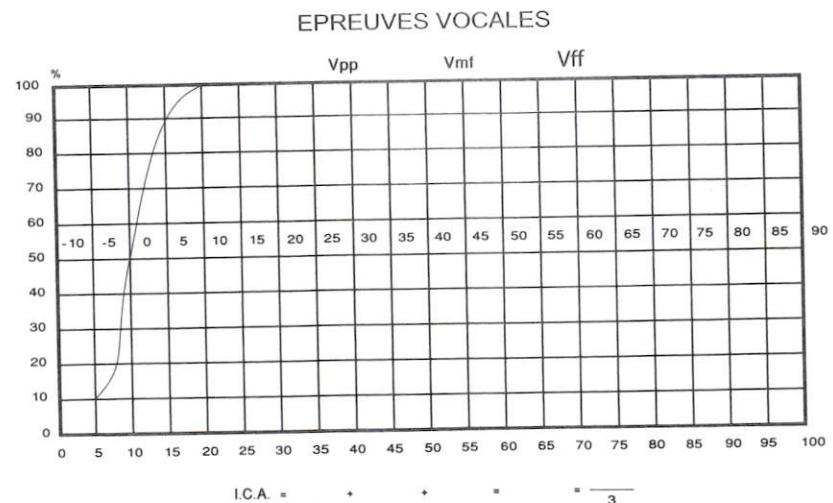
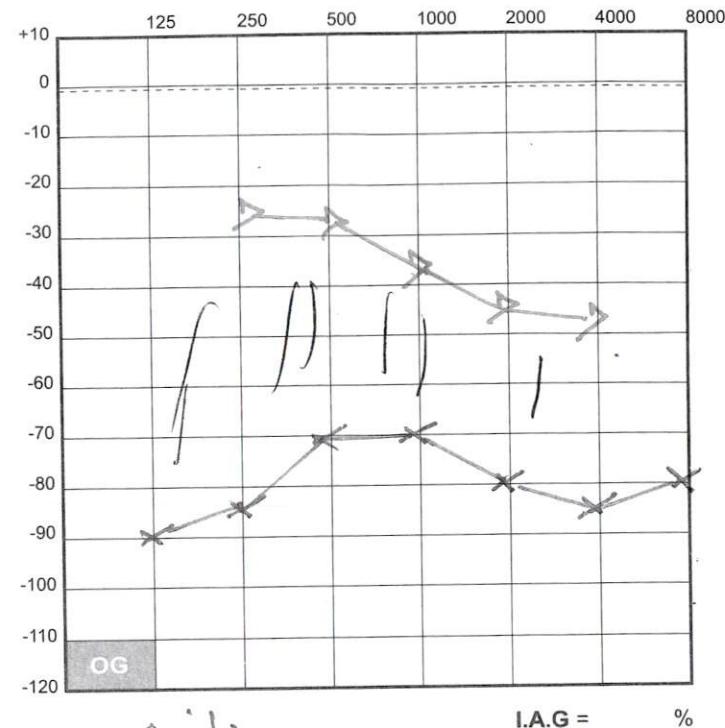
Dr. R. MOUFFAK
O.R.L
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
Dr. Dr. Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 05 22 47 20 00 - 05 22 20 18 85
INPE: 091113928



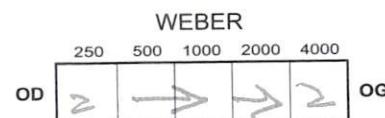


PERTE AUDITIVE

OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	34,5 db
OG	74,5 db



Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Rue Léon Roudaut - Casablanca
Tel: 05 22 57 30 304 (G) - Fax: 05 22 50 19 35
INPE: 051113928



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

