

# 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.



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

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0009594**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5704 Société : 164868

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA NAIMA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Berrada Naima Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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
26/5/20		5 ucs	400	
26/5/20		1 exant	500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <b>Pharmacie JALILA</b> <b>Dr Selma BOUZID</b> <b>Pharmacienne</b> Km 14 Route d'Azemmour Dar Bouazza - Tél: 0526 01 91 61	Date 26/5/2023	Montant de la Facture 16.470

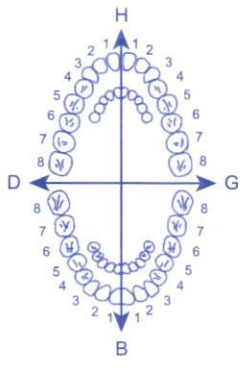
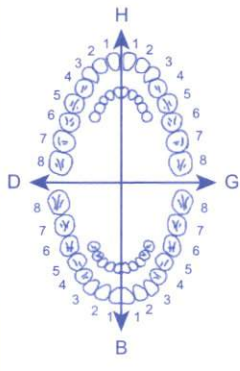
[illegible][illegible]

**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.

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 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> —————         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           11433553  <b>G</b> —————         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي

CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 26/05/2023

Casablanca, le .....

Madame

NAIMA

BERRADA

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

20,20

**OTIPAX**

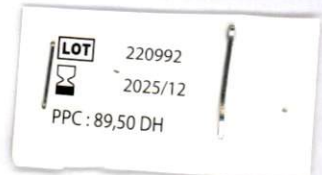
2 gouttes dans chaque oreille 2 fois par jour pdt 8 jours



89,50

**APIXOL COLLUTOIRE**

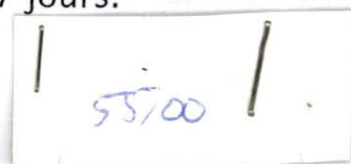
1 pulvérisation 4 fois par jour pendant 10j



55,00

**BIOMYLASE Cp**

1 comprimé 3 fois par jour pendant 7 jours.



Totale: 164,70

**RECOMMANDATIONS**

- 1- BAIN MAURE INTERDIT
- 2- Coton vaseliné dans l'oreille lors des douches
- 3- Baignades Interdites
- 4- Utilisation du coton tige non recommandé

Professeur H. CHELLY



Pr. H. CHELLY

Centre O.R.L. 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

**Pr. CHELLY**  
**Prise de RDV au**  
**07.71.29.29.29**



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

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

ENT  
الأذن  
DIAGNOSTIC  
EXPLORATIONS

ORL  
الأنف والحنجرة  
التشخيص

IMPLANT  
COCHLEAIRE  
الأذن  
التشخيص

ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن والأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

الأذن والأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي  
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) + (K f) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen

Pr. H. CHELLY  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

Pr. H. CHELLY  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



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

A+I

Le 26/5/20

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

De Mr, Melle, Mme

VERNADE N...

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Pr. H. CHELLY  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Cas  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040343



code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحجرة الفارابي  
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 26/11/23

Renseignements cliniques : .....

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  P E A + ASSR

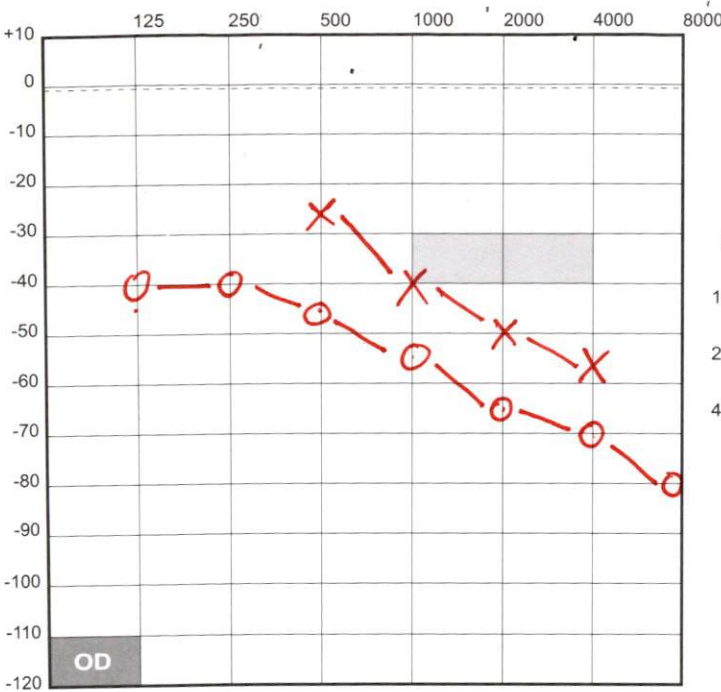
$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

$\pi$  VHIT

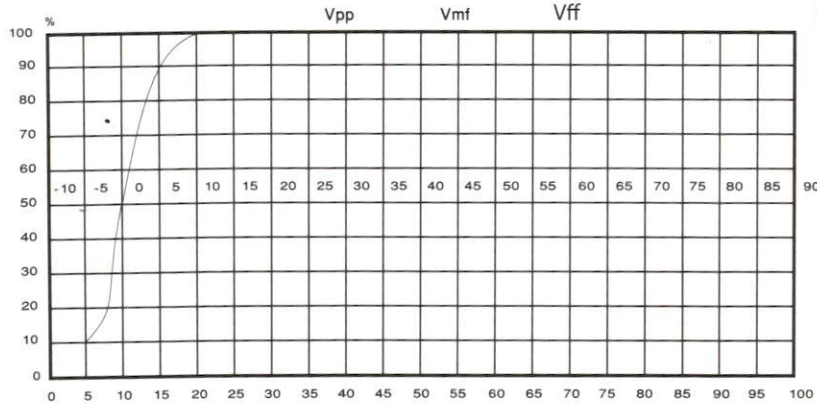
Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E.A. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040943





I.A. D = %

EPREUVES VOCALES

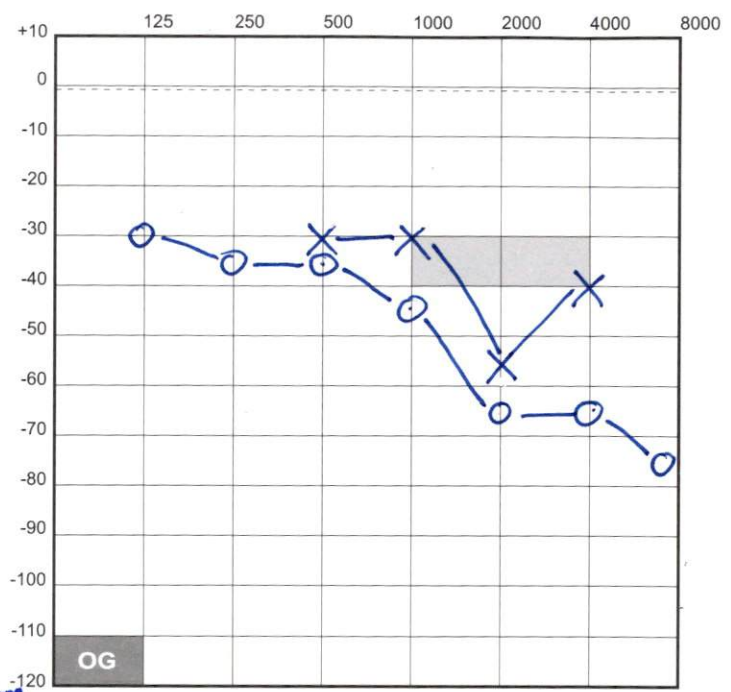


I.C.A. = + + + + + 3

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

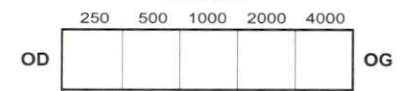
2 6 MAI 2023

Pr. H. CHELLY  
O.R.L.  
Centre ORL de diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. Casablanca  
Angle Route de l'Industrie et de l'Exportation - Casa  
Tél : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



I.A. G = %

WEBER



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

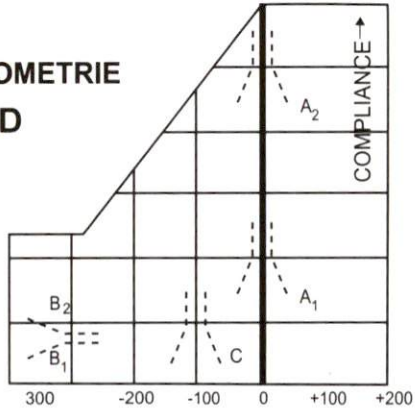




# IMPEDANCEMETRIE

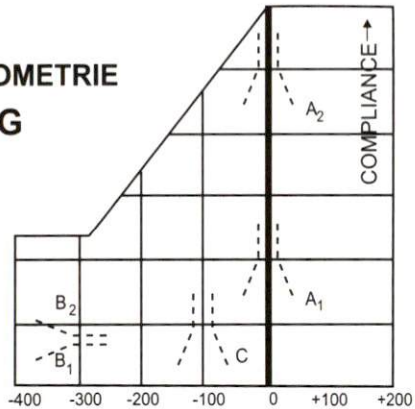
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



## REFLEXE STPEDIAN

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 الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

NOM BERRADA

Prénom NAIMA

Date de naissance ..... Date d'examen 26 MAI 2023

Observations .....

**Dr. H. CHELLY**  
O.R.L. Diagnostic et Explorations  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
Rue de la Liberté 20-20 18 85  
Casablanca  
Tél: 06 31 20 20 18  
INPE 0949





# PHARMACIE JALILA K

Facture N° 006/2023

Le 26 Mai 2023

Madame Naima Berrada

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Total
OTIPAX Gouttes nasales	20,2	1	20,20
APIXOL Spray	89,5	1	89,50
BIOMYLASE Comprimés	55,00	1	55,00
TOTAL TTC			164,70

Arrêté la présente facture à la somme de Cent Soixante Quatre Dirhams et Soixante-Dix Centimes TTC

**Pharmacie Jalila K**  
**SARL**  
Km 14 Route d'Azzemmour  
Dar Bouazza - Tél: 0526 01 91 61  
ICE 003121955000021

Pharmacie JALILA K. SARL au capital de 10 000,00 MAD. Siège Social: Route d'Azzemmour. Km. 14. Oulad Azzouz. Dar Bouazza.  
Patente: 32990051. ICE: 003121955000021. INPE: 062116942