

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-006162

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1709 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 2

Nom & Prénom : DRIDUECH Mohamed

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : H41 Lot Wafa DEROUA

Tél. : 0650624092 Total des frais engagés : 977,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/12/2023

Nom et prénom du malade : 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 : CASAH Le : 08/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
11.12.23			3000	
11.12.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/12/23

17730

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

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

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 امراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 04/12/2023

Casablanca, le

Monsieur

MOHAMED

DRIQUECH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

34,70
SKINOSALIC SOLUTION

1 APP PAR JOUR PDT 10 JOURS

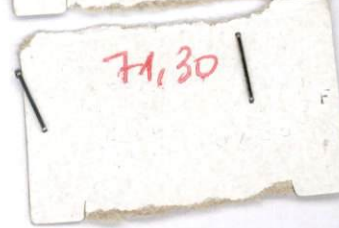
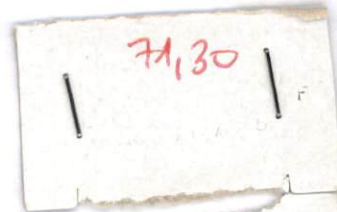


71,30 x 2
TANAKAN

1CP *3 fois par jour pendant 1 MOIS



177,30
Signé : Professeur HESSISSEN M. AMINE



Pharmacie Des Clubs
Dr. HESSADOUNI Yasmine
18 Rue Annahme Beausejour
Casablanca- Tél: 0522 36 26 34

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

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF: 14478582

ICE: 001837199000069



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرايبي
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 11-12-23

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

De Mr, Melle, Mme *Driss Roudani*

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Centre Med. A. HESSISSEN
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
IMPE : 091033753

code
AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض 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 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le...

Renseignements cliniques :

Pour

π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCIOMETRIE

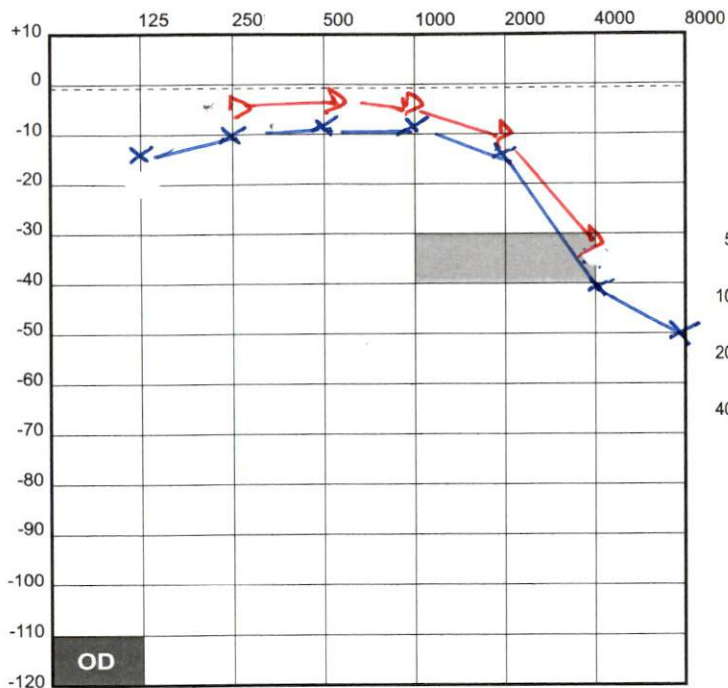
π P E A + ASSR

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

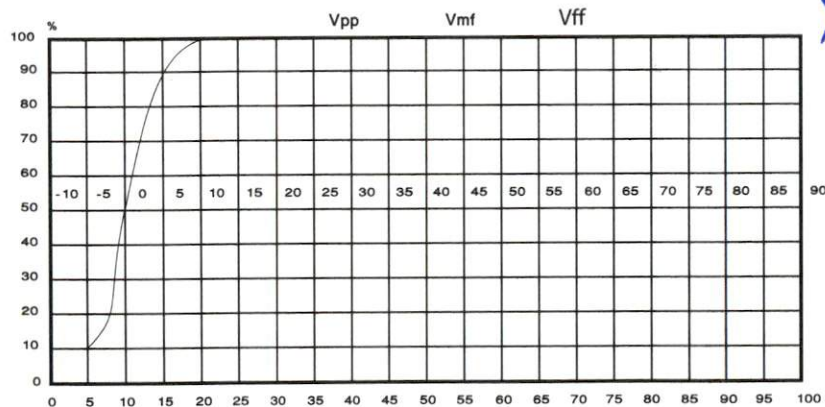
π VHIT

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E.A.L.F.
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
094033753



I.A. D = %

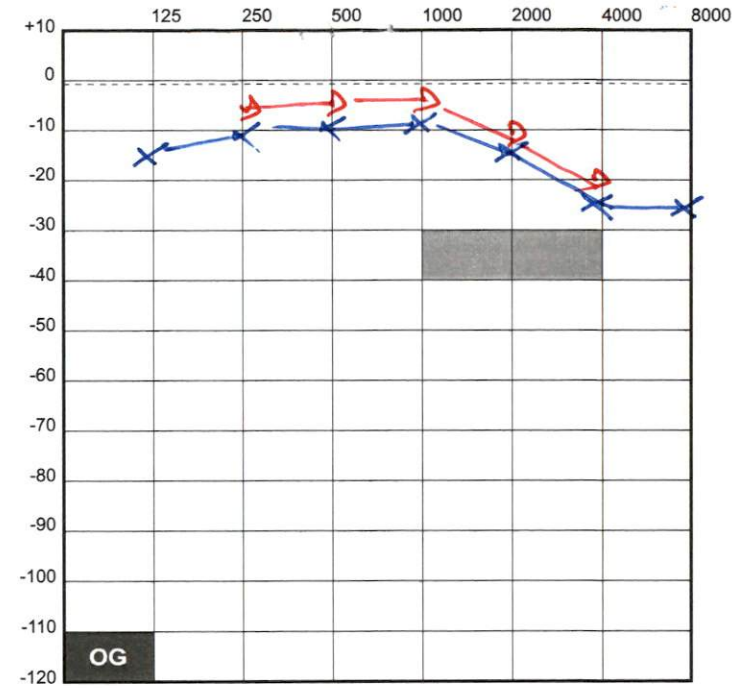
EPREUVES VOCALES



I.C.A. = $\frac{\text{Vpp} + \text{Vmf} + \text{Vff}}{3}$

PERTE AUDITIVE

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

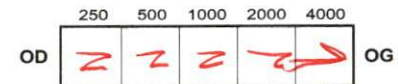


I.A.G = %



Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre de Diagnostic et Explorations
C.C.D. 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

WEBER

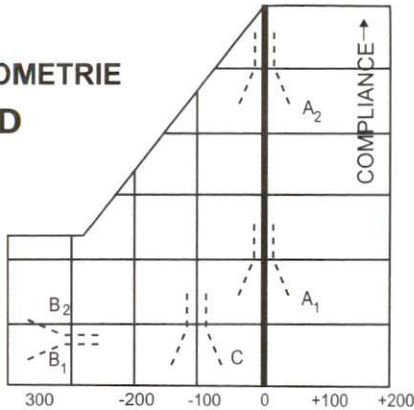


OD : Oreille droite
OG : Oreille gauche
PAM : Perte auditive moyenne
I.A. : Pourcentage d'incapacité auditive

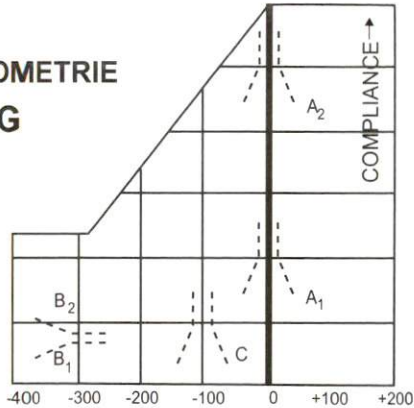


IMPEDANCEMETRIE

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 امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM *DRIOUECH*

Prénom *Abdhamed*

Date de naissance Date d'examen *04 DEC 2023*

Observations

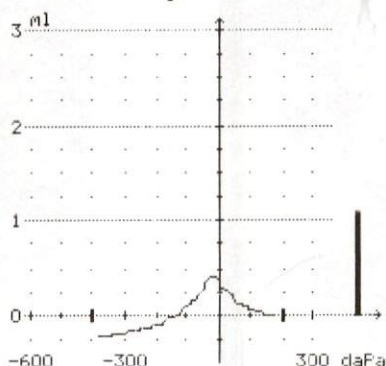
Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.L AL FARABI-Casablanca
Angle Rue Jean Jaures et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753



AT235

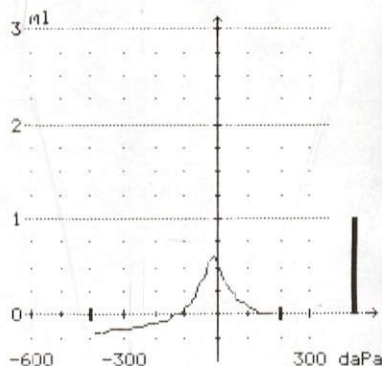
Tympanogram

Right



Ear Volume 1.11 ml
Compliance 0.42 ml
Pressure -22 daPa
Gradient 0.21 ml

Left



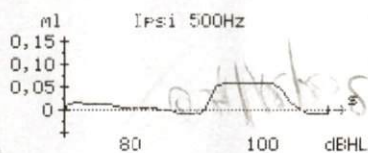
Ear Volume 1.01 ml
Compliance 0.63 ml
Pressure -17 daPa
Gradient 0.37 ml

Reflex

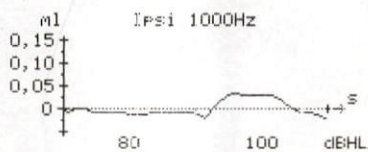
Right

Pressure -22 daPa

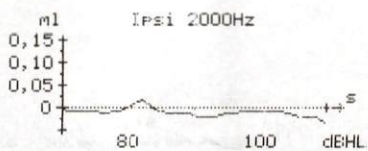
Sequence



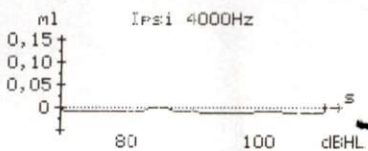
Sequence



Sequence



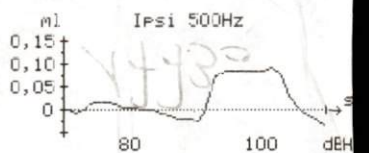
Sequence



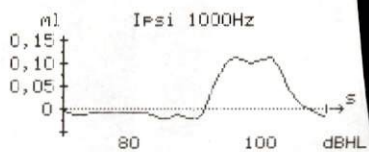
Left

Pressure -17 daPa

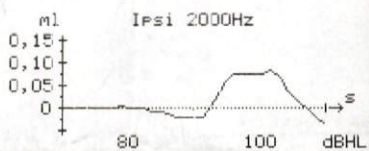
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

