

# 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.

### Biologie 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.

### Prothèse 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

N° P19- 068389

NO: 29117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : WASMI MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 QUARTIER OULFA CASA

Tél. : 06 77066053 Total des frais engagés : 921,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2020

Nom et prénom du malade : WASMI MOHAMED Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Afflu

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 : Casa

Le : 09/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature of the adherent.

### 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
9/6/2011	9/6/2011		300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/06/2011	71430

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

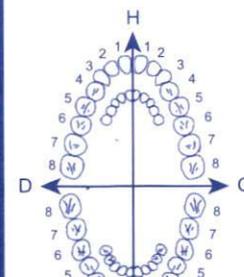
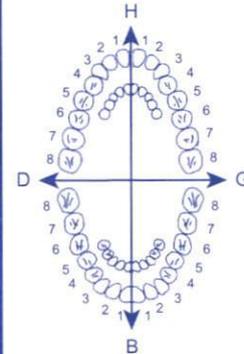
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
--	--	---

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

		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
--	--	------------------------------------



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS  
Casablanca le 09/06/2020

Casablanca, le .....

Monsieur MOHAMED WASMIH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

71,30

**TANAKAN Cp**

1 cp matin et soir pendant 3 mois

**THERAMAG B6 300Mg**

1 cp le soir au coucher pendant 1 mois



T= 71,30

Professeur H. CHELLY

Professeur H. CHELLY  
Centre O.R.L AL FARABI  
De Diagnostic et Exploration  
Angle Brahim Roudani et Rue Jean Jaurès  
Casablanca -  
Tél: 05 22 47 55 85 - Fax: 05 22 47 14 41



Angle

Boulevard Brahim Roudani  
&

7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01

0522 47 20 20

0522 47 30 30

0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
222, Bd. Oued Molouya - El Oulfa  
Casablanca - Tél. 05 22 90 51 13

ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض 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 9/6/20

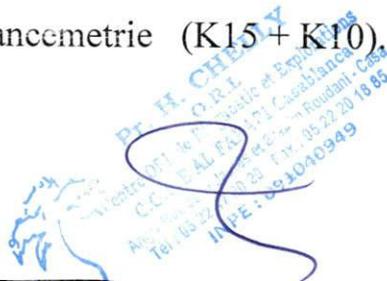
Reçu la somme de

500/دينار مغربي

De Mr, Melle, Mme

WASVIH TOUATI

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).



code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الالتهاب 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

WASIM JEDANI

Le 9/6/20

Renseignements cliniques :

Pour   $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCIOMETRIE

$\pi$  PEA

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

Pr. H. CHELLI  
CENTRE O.R.L.  
CENTRE AL FARABI Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Blanc  
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85  
NPE : 0910 40949

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن 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

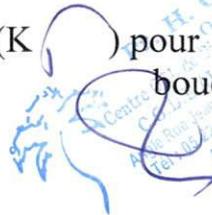
NOTE D'HONORAIRES

Le 09/06/10

Reçu la somme de 3000

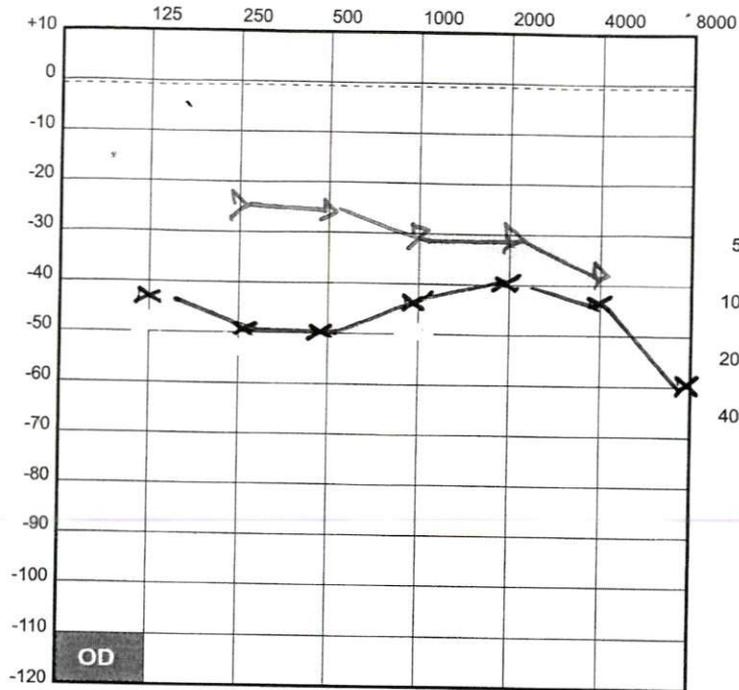
De Mr, Melle, Mme WASSIM JOHANN

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



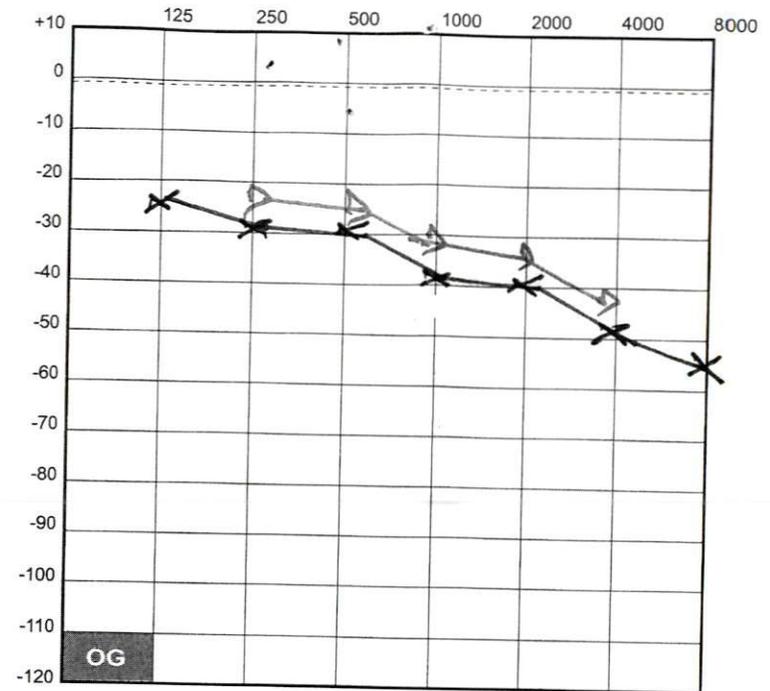
H. CHELY  
Centre O.R.L. & Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 022 47 20 20 / 47 30 30  
INPE : 09 18 85





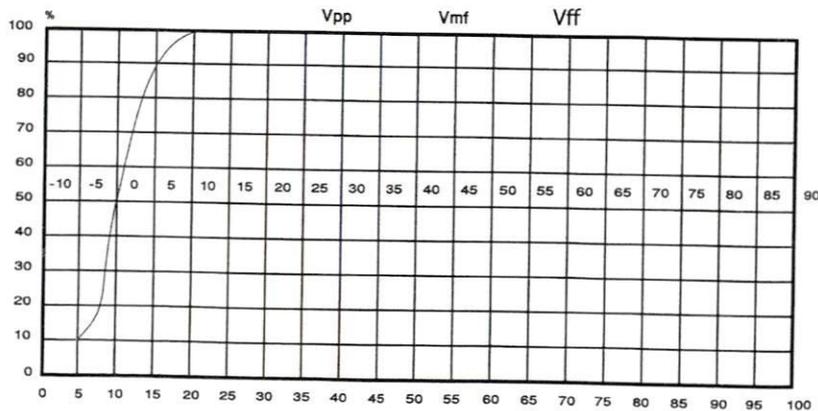
I.A. D = %

	PERTE	AUDITIVE
	OD	OG
500 hz	50 db	30 db
1000 hz	41 db	35 db
2000 hz	40 db	40 db
4000 hz	41 db	50 db
PAM	41/40 db	37 db



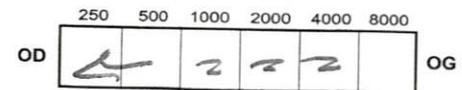
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



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

WEBER

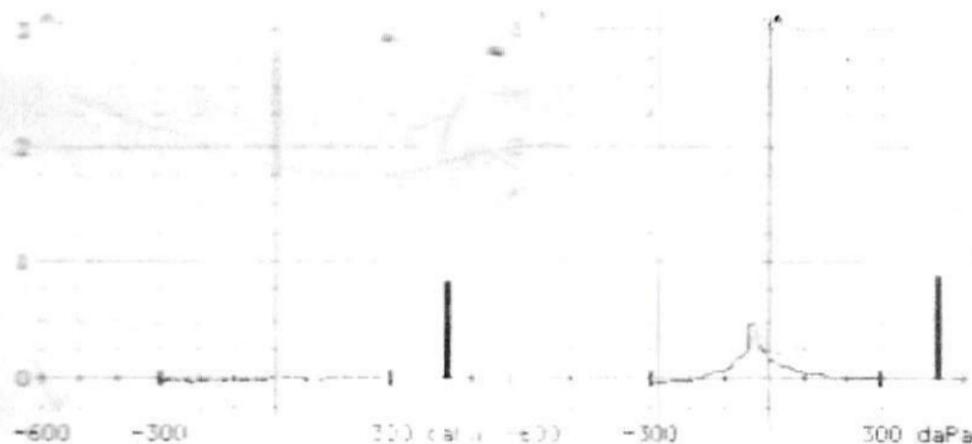


- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



## Tympanogram

Left



Ear Volume 0.82 ml  
 Compliance 0.00 ml  
 Pressure 251 daPa  
 Gradient 0.00 ml

Ear Volume 0.82 ml  
 Compliance 0.43 ml  
 Pressure -32 daPa  
 Gradient 0.33 ml

## Reflex

Right

Pressure 251 daPa

Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



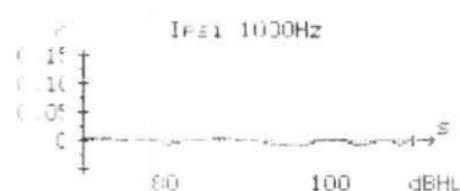
Left

Pressure -32 daPa

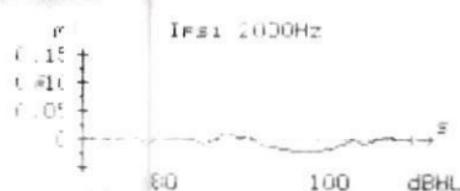
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

