

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-412122

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10747</b>	Société : <b>B. AM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TAYAA ILHAM</b>			
Date de naissance : <b>22 - 04 - 1975</b>			
Adresse : <b>72 Res 1E CINTO RUE ISHAK CHIRAZI 6ème étage APPT 3B MAARIF CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>06 06 63 25 32</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>TAYAA ILHAM</b>			
Nom et prénom du malade : <b>TAYAA ILHAM</b> Age: ..... <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Maladie</b> 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 : **CASABLANCA** Signature de l'adhérent(e) : **TAYAA ILHAM** Le : **11 JUIN 2020**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30/11/20	pr		300.-	INPE : 041091439 C.G. et Al. PAATOLI Casablanca Anfa Rue Jomaa el Béchir - Tel : 0522 47 20 20 - Fax : 0522 47 20 20 INPE : 041091439
30/11/20	Prise		100.-	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		 Dr. Abdellatif LAMRANI Montant de la Facture Centre hospitalier et universitaire C.H.U. de Toulouse Avenue Paul Jourde 31055 Toulouse Cedex 9 Tel: 05 22 20 18 85 Fax: 05 22 20 18 85 INPE : 093097439

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **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	INP : <input type="text"/>											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	H	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	B														
00000000 35533411	00000000 11433553														
B	H														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enf

Le.....

Renseignements cliniques : .....

Pour  AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnose et Explorations  
O.R.L. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85  
INPE: 01 30 91 439

**code**  
AL FARABI

**مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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

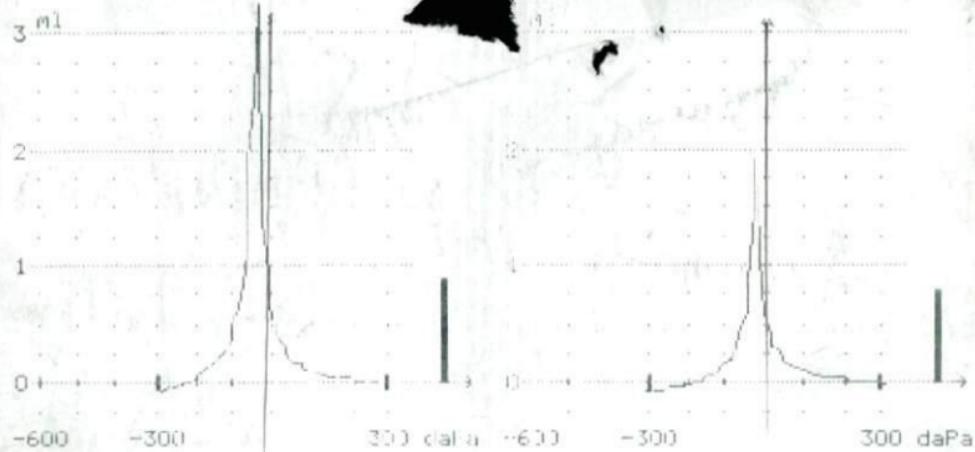
Le ... 30. / 11. 20

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

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

**LAMRANI**  
Géotechnique et explorations  
C.O.D.E.S. - Bureau d'ingénierie et de recherche  
Ango-Roumangue - B.P. 220 - 22018 Casablanca  
Tel: 05 22 22 22 22 - Fax: 05 22 22 22 22  
INPE 1 884 395 1439

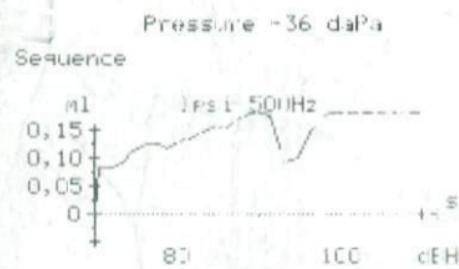


Ear Volume 0.90 ml  
Compliance 3.24 ml  
Pressure -36 daPa  
Gradient 2.67 ml

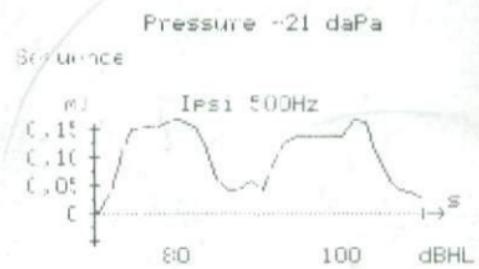
Ear Volume 0.75 ml  
Compliance 1.89 ml  
Pressure -21 daPa  
Gradient 1.56 ml

## Reflex

### Right



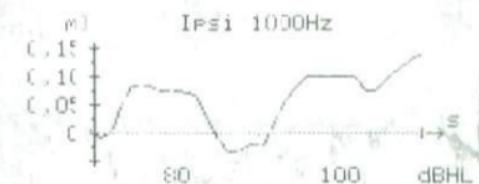
### Left



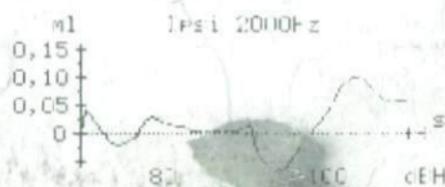
Sequence



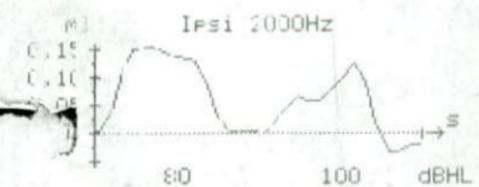
Sequence



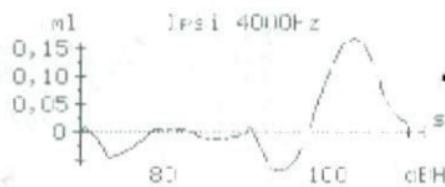
Sequence



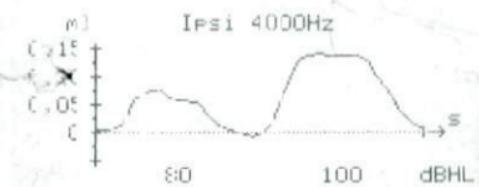
Sequence



Sequence

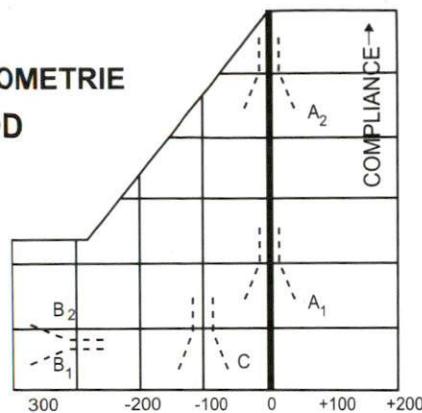


Sequence

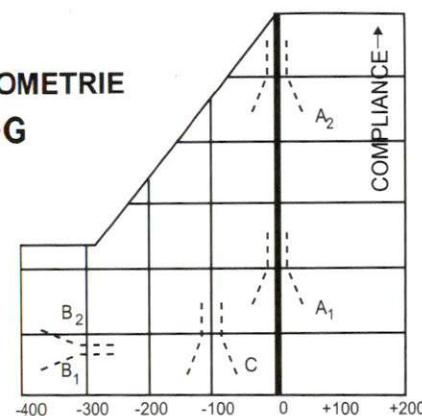


# IMPEDANCEMETRIE

## TYMPANOMETRIE OD



## TYMPANOMETRIE OG



## REFLEXE STPEDIEN

Stim OD	Réflexe OG
500 Hz =	dB
1000 Hz =	dB
2000 Hz =	dB

Stim OG	Réflexe OD
500 Hz =	dB
1000 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

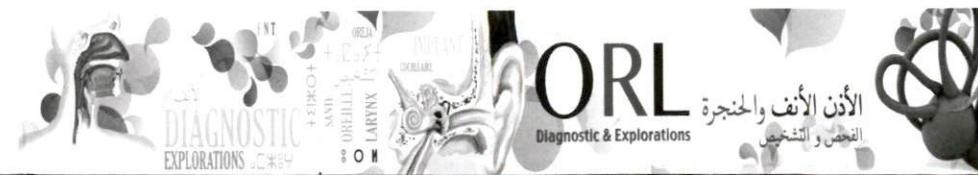
NOM .....

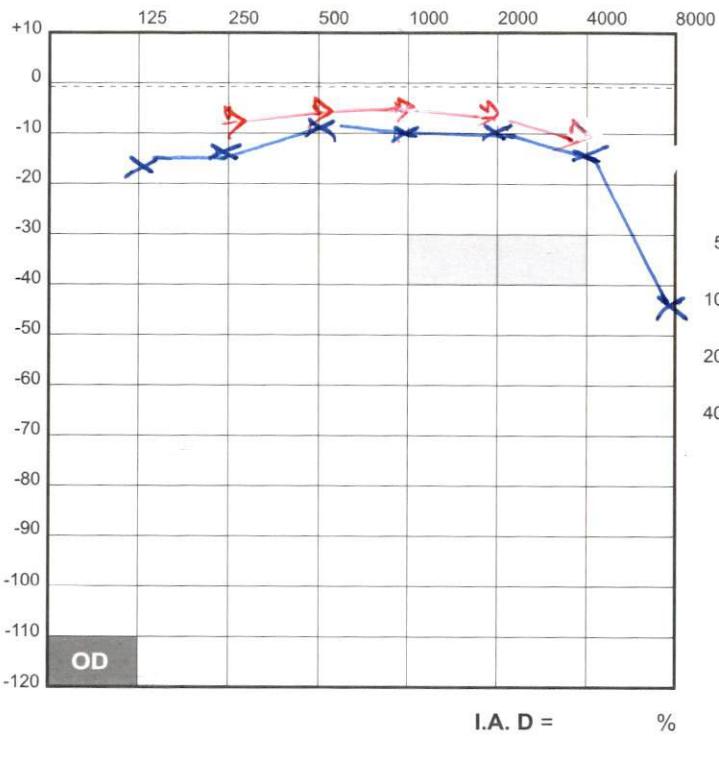
TAYAR  
IHMAM

Prénom .....

Date de naissance ..... Date d'examen ..... 30 MAI 2020

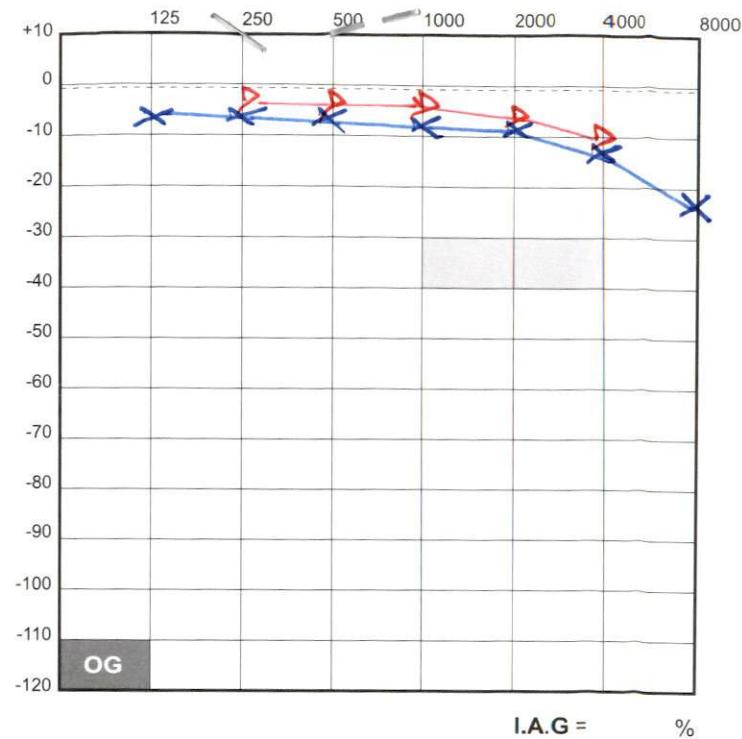
Observations .....



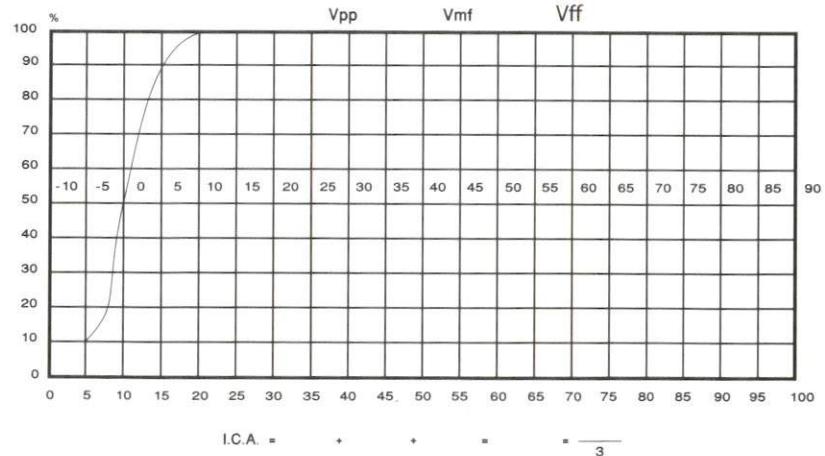


### PERTE AUDITIVE

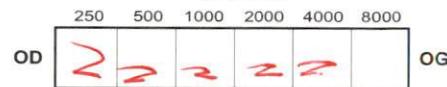
OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	db
	db



### EPREUVES VOCALES



### WEBER



OD : Oreille droite

OG : Oreille gauche

PAM : Perte auditive moyenne

I.A. : Pourcentage d'incapacité auditive

