

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](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)

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

N° W19-557635

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00 11762 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Youssef Rachid  
 Date de naissance : 16/11/1974  
 Adresse : 407. lot EL Wadi EL Jadid  
 Tél. : 0662061034 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 20/06/2020  
 Nom et prénom du malade : BEN CHABANE  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 20/06/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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  
CONSULTATION

Le ..... 30/6/10

Reçu la somme de ..... 300 m

De Mr, Melle, Mme ..... B GRUBBY

Pour consultation ORL (C2).

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic & Explorations  
CODE AL FARABI  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85  
WPE : 091040345



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

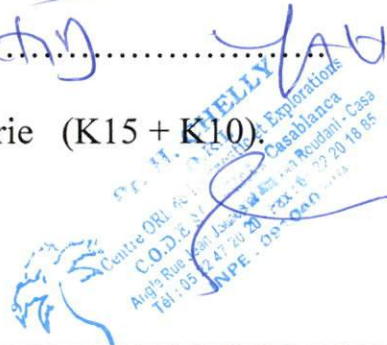
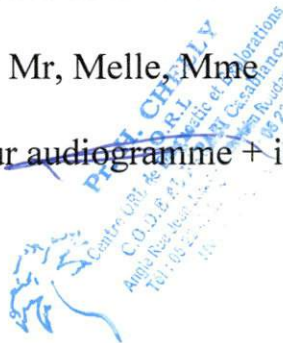
A+I

Le ..... 30/16/10

Reçu la somme de .....

De Mr, Melle, Mme .....

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10) .....



code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le.....

Renseignements cliniques : .....

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

400

$\pi$  P E A

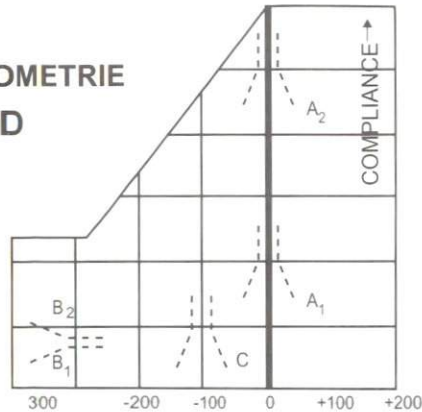
$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

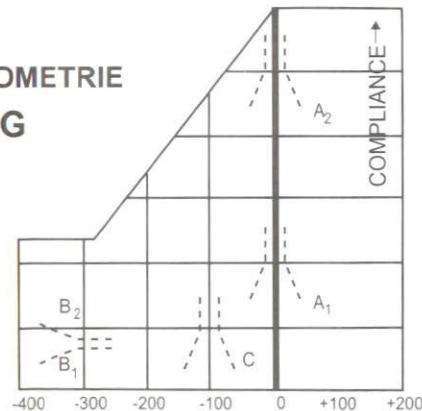
Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.R.F.A. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 05 22 47 20 20 / fax : 022 20 18 85  
MDE : 0110100113

# IMPEDANCEMETRIE

## TYMPANOMETRIE OD



## TYMPANOMETRIE OG



## REFLEXE STPEDIEN

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 الفراجي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

## AUDIOGRAMME

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Date d'examen .....

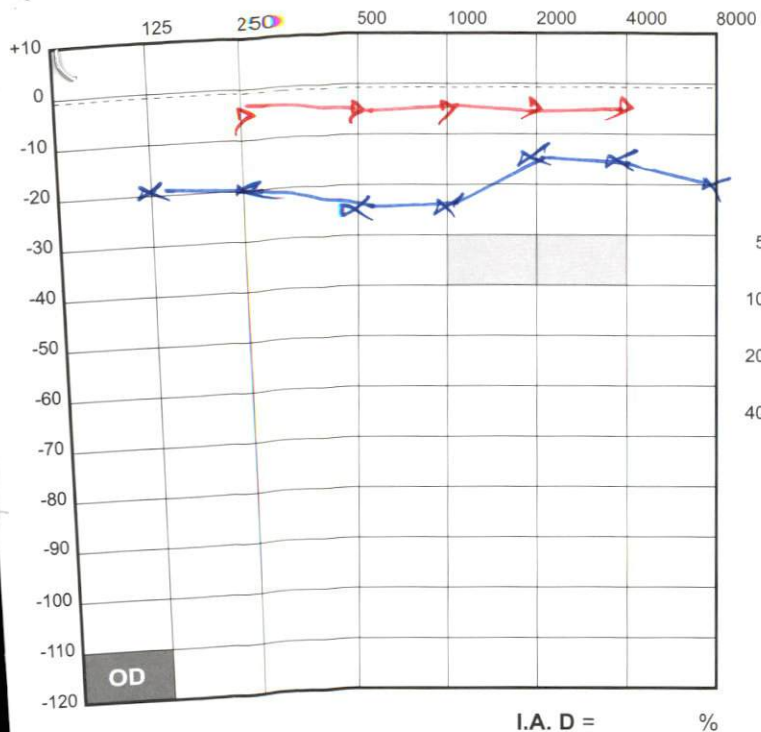
Observations .....

BERCAIS  
y. P. y.

H. CHELLY  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
Audiologie - Casablanca  
Tél: 0539 24 12 20 18 25  
INTE: 0539 24 12 20 18 25

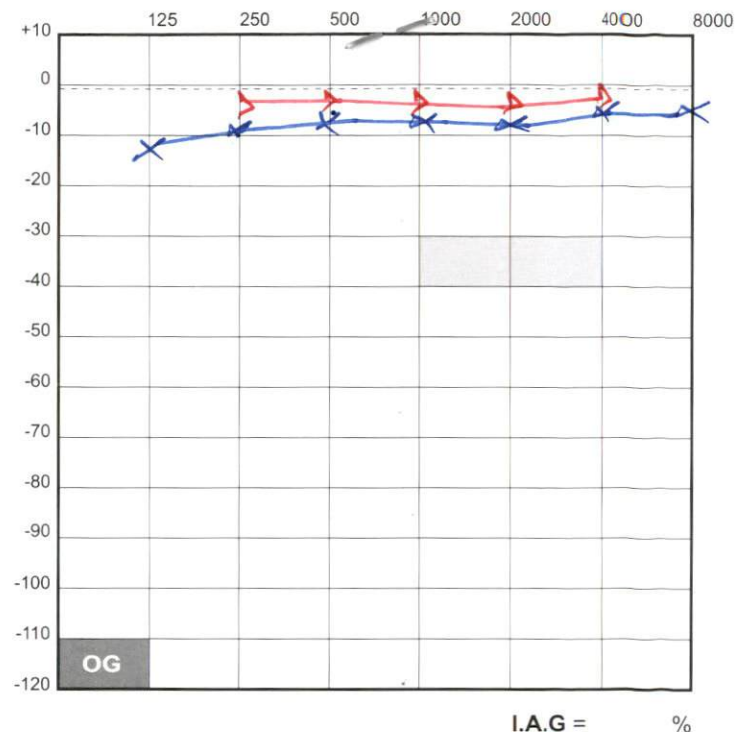
Professeur H. CHELLY  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
Audiologie - Casablanca  
Tél: 0539 24 12 20 18 25  
INTE: 0539 24 12 20 18 25



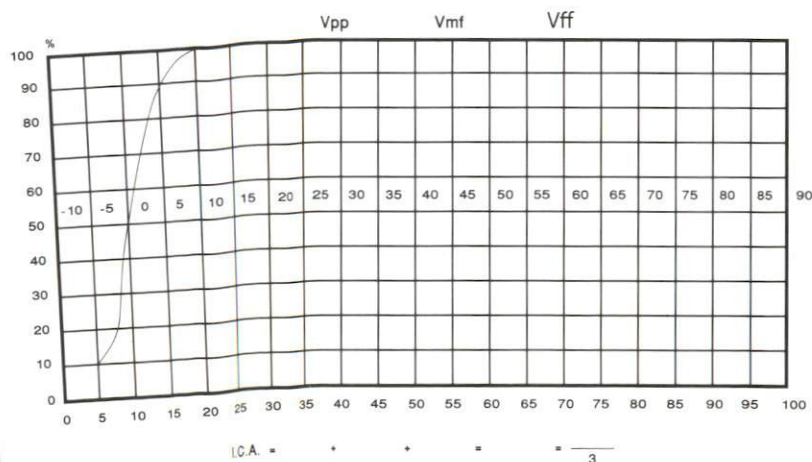


### PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	25 db	db
1000 hz	25 db	db
2000 hz	15 db	db
4000 hz	15 db	db
PAM	21 db	db



### EPREUVES VOCALES



### WEBER



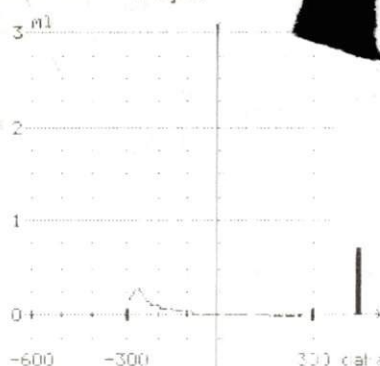
- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



AT235

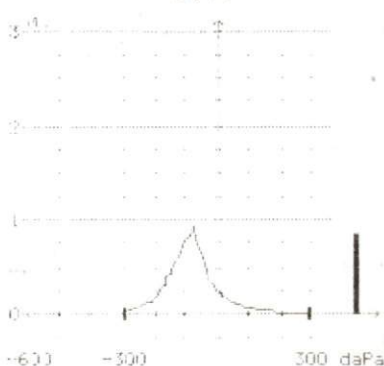
## Tympanogram

Right



Ear Volume 0.70 ml  
 Compliance 0.33 ml  
 Pressure -259 daPa  
 Gradient

Left



Ear Volume 0.86 ml  
 Compliance 0.95 ml  
 Pressure -79 daPa  
 Gradient 0.43 ml

## Reflex

Right

Pressure -259 daPa

Sequence



Sequence



Sequence



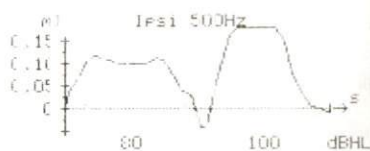
Sequence



Left

Pressure -79 daPa

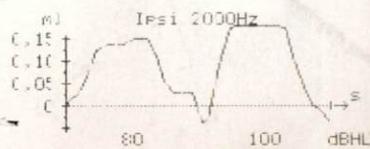
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

