

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 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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0050850

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02220 Société : Ten Ve
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : ERRAISSHANA Date de naissance : 1925
 Adresse : HAY KASANI Darb el Amd. Bloc 104 N° 14
 Tél : 0643289755 Total des frais engagés : 4000 + 500 + 96130 = 996,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/23

Nom et prénom du malade : ERRAISSHANA Age : 98

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

Nature de la maladie : Affection 2023

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 : Casablanca Le : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
30/01/23	G + K	1000	1000	
30/01/23	K10 + K5	500	500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	96,20

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

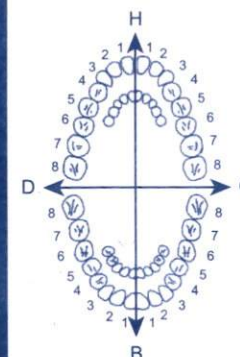
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

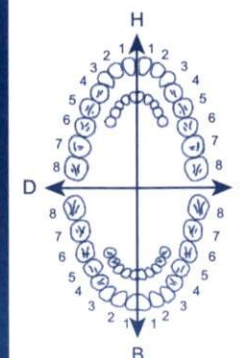
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT 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 أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي

CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. RRAÏ
mings

Casablanca, le

20/01/2023

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réca MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

96, 20

Cetralaxal

5 gouttes 2/1



Dr. Abdelkrim LAMRANI
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
CODE AL FARABI Casablanca
Angle Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091439

PHAI. HIBA
Dr. Ahimou CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Bis Beauséjour Casa
Tél : 05 22 94 99 24

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

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



AL FARABI

A+I

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 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme Enfant

Le.....

30/01/23

Renseignements cliniques :

Pour π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π P E A+ ASSR

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

π VHIT



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف 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

A+I

Le 30/01/23

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

De Mr, Melle, Mme

ERRAÏSS Mina

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre ORL 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
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre ORL 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
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

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

Le 30/01/23

Reçu la somme de

4000 HT / Quatre mille et 000 HT

De Mr, Melle, Min

ERRAÏSS MINA

Pour consultation ORL (C2) + (K

5) pour microaspiration pour
Bouchon de cerumen

Dr. Abdelkrim LAMRANI
C.O.D.E AL FARABI Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091435

Abdelkrim LAMRANI
C.O.D.E AL FARABI Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091435

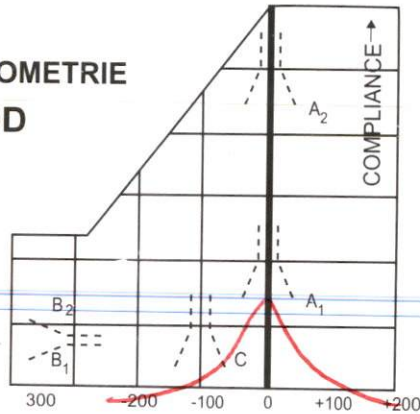
IMPEDANCEMETRIE

code

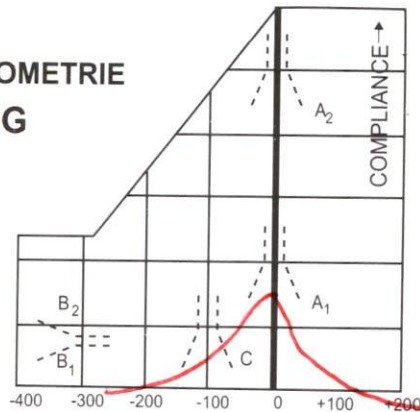
AL FARABI

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

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



سوية
235

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

AUDIOGRAMME

NOM

ERRASS

Prénom

Ring

Date de naissance

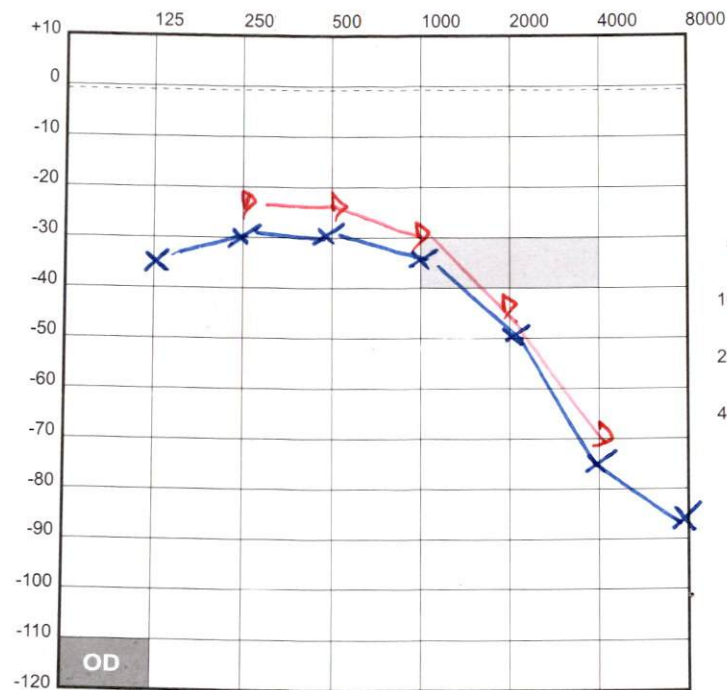
Date d'examen

30 JAN. 2023

Observations

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudanir - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091439

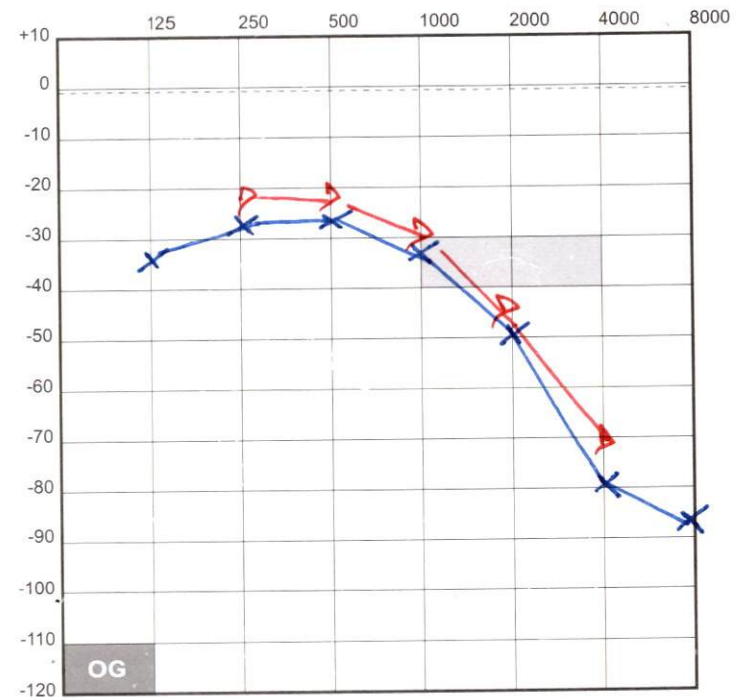




I.A. D = %

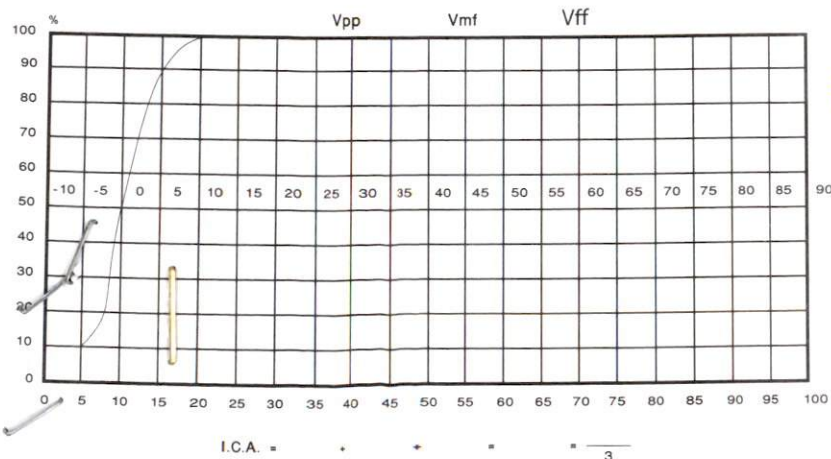
PERTE AUDITIVE

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



I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



Dr Abdelkrim LAMRANI
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 : 091091439

WEBER



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



CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml
Solution pour instillation auriculaire
Ciprofloxacin / flucinolone

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire ?
3. Comment utiliser **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire ?
6. Informations supplémentaires.

1. Qu'est-ce que **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml, solution pour instillation auriculaire et dans quels cas est-il utilisé ?**

CETRAXAL® PLUS est une solution à usage auriculaire (dans l'oreille). Elle contient :

- La ciprofloxacin, un antibiotique appartenant au groupe appelé les fluoroquinolones. La ciprofloxacin agit en tuant les bactéries qui causent les infections.
- et l'acétone de flucinolone, un corticoïde ayant des propriétés antalgiques et anti-inflammatoires pour le traitement de gonflement et de la douleur.

CETRAXAL® PLUS est une solution de gouttes auriculaires. Elle est utilisée chez les adultes et chez les enfants âgés de 6 mois et plus pour le traitement des otites externes aiguës (infection de l'oreille externe) et des otites moyennes (infection de l'oreille moyenne) d'origine bactérienne en cas de mise en place de drains transtympaniques (tubes de tympanotomie). Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou que vous sentez moins bien.

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml, solution pour instillation auriculaire ?**

N'utilisez jamais **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la ciprofloxacin, à un autre médicament de la famille des quinolones, à la flucinolone, ou à l'un des autres composants de **CETRAXAL® PLUS** (voir rubrique 6).
- si vous présentez une infection de l'oreille due à un virus ou à un champignon.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec **CETRAXAL® PLUS 3 mg/ml+0.25 mg/ml**, solution pour instillation auriculaire :

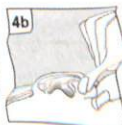
- Cette préparation doit être instillée uniquement dans l'oreille. Elle ne doit être ni avalée, ni injectée, ni inhalée. Elle ne doit pas être appliquée dans les yeux.
- Après avoir débuté le traitement, si vous développez une urticaire, une éruption cutanée ou toute autre réaction



2. Penchez la tête de côté l'oreille atteinte vers le haut



3. Instillez les gouttes dans l'oreille à l'aide du compte-gouttes. Évitez le contact du compte-gouttes avec l'oreille ou les doigts afin d'empêcher toute contamination.



4. Après avoir administré les gouttes, suivez les instructions ci-dessous :

Pour les patients atteints d'une infection de l'oreille moyenne avec aérateur transtympanique : pendant que le patient penche la tête d'un côté, la personne qui administre **CETRAXAL® PLUS** doit appuyer doucement sur le tragus à l'entrée du conduit auditif (photo 4a) 4 fois en effectuant un mouvement de pompage. Cela permettra aux gouttes de passer à travers le tube dans l'oreille moyenne.

Pour les patients avec une infection de l'oreille externe : pendant que le patient penche la tête d'un côté, la personne qui administre **CETRAXAL® PLUS** doit tirer doucement le lobe de l'oreille externe vers le haut et vers l'arrière (photo 4b). Cela permettra aux gouttes de couler dans le conduit auditif.

5. Gardez la tête inclinée pendant environ une minute afin de permettre la pénétration du médicament dans l'oreille.

6. Répéter, si nécessaire, pour l'autre oreille.

Il est important de bien suivre ces recommandations pour obtenir une efficacité satisfaisante du traitement de votre oreille. Lors de l'instillation des gouttes auriculaires, le fait de tenir la tête à la verticale ou de la bouger trop rapidement peut provoquer une perte du médicament car les gouttes vont couler le long de votre visage et n'iront pas à l'intérieur de votre conduit auditif.

Conservez le flacon jusqu'à la fin du traitement. Ne le conservez pas en vue d'un usage ultérieur.

Si vous avez utilisé plus de **CETRAXAL® PLUS que vous n'auriez dû :**

Les symptômes de surdosage ne sont pas connus. En cas de surdosage ou si le produit a été avalé accidentellement, contactez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien ou rendez-vous au centre médical le plus proche.

Si vous oubliez d'utiliser **CETRAXAL® PLUS, solution pour instillation auriculaire :**

N'utilisez pas de dose double pour compenser les instillations oubliées. Continuez votre traitement avec la dose suivante.

Si vous arrêtez d'utiliser **CETRAXAL® PLUS, solution pour instillation auriculaire :**

N'arrêtez pas d'utiliser **CETRAXAL® PLUS** sans en informer votre médecin ou votre pharmacien. Il est très important d'utiliser ces gouttes auriculaires aussi longtemps que le médecin vous l'a prescrit, même en cas d'amélioration des symptômes. Si vous arrêtez d'utiliser le médicament plus tôt, l'infection peut ne pas disparaître, et les symptômes peuvent réapparaître ou même s'aggraver. Une résistance antibiotique peut également survenir.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

Comme tous les médicaments, **CETRAXAL® PLUS**, solution pour instillation auriculaire est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Si vous ressentez une réaction allergique grave ou l'un des effets suivants, arrêtez de prendre ce médicament et

