

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041939

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249 Société : ND: 13758

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661186986 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

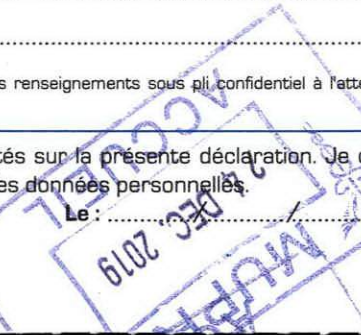
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM : <u>BENNAH</u>	Mle <u>3249</u>
DECLARATION N° <u>W18-400299</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-400299

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>3249</u>														
Nom & Prénom <u>BENNAH JOSTAFA</u>																
Fonction <u>Interprète</u>	Phones <u>0661186986</u>															
Mail <u>mus.57.6en@Benoit.com</u>																
MEDECIN																
Prénom du patient																
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Date <u>16/12/15</u>															
Nature de la maladie <u>Spécialité Al Farabi</u>																
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Après OP</u>																
Nature des actes <u>Van de laif</u> Nbre de Coefficient <u>NO 64115 de Pa</u> Montant détaillé des honoraires <u>156,00</u>																
PHARMACIE																
Date <u>16/12/15</u>																
Montant de la facture <u>156,00</u>																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES																
Date :																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX																
Date :																
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Moussa Bnou Nousseir
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12



AL FARABI

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

Casablanca le 16/12/2019

Casablanca, le

Monsieur MUSTAPHA BENNANI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

78,00 x 2

BETASERC CP

1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS

Handwritten signature: J = 156 p 20



Pharmacie FOUCAULD
27, Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

27, Rue Moussa Bnou Noussair
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Handwritten signature of M. A. HESSISSEN
Centre de Diagnostic et Explorations
O.R.L.
CODE AL FARABI Casablanca
Angle rue Jean Jaurès et Erannim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 001033753



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

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

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

Casablanca, le

16/12/19

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU

VIDEONYSTAGMOGRAPHIQUE

Dr. BENNANI Nystagmus

- Pas de nystagmus spontané
- Test de saccade oculaire normal
- Poursuite oculaire normale
- Epreuves caloriques normales.

CONCLUSION

Epreuves vestibulaires ne montrant pas de signes centraux ni de défaillance vestibulaire notable.



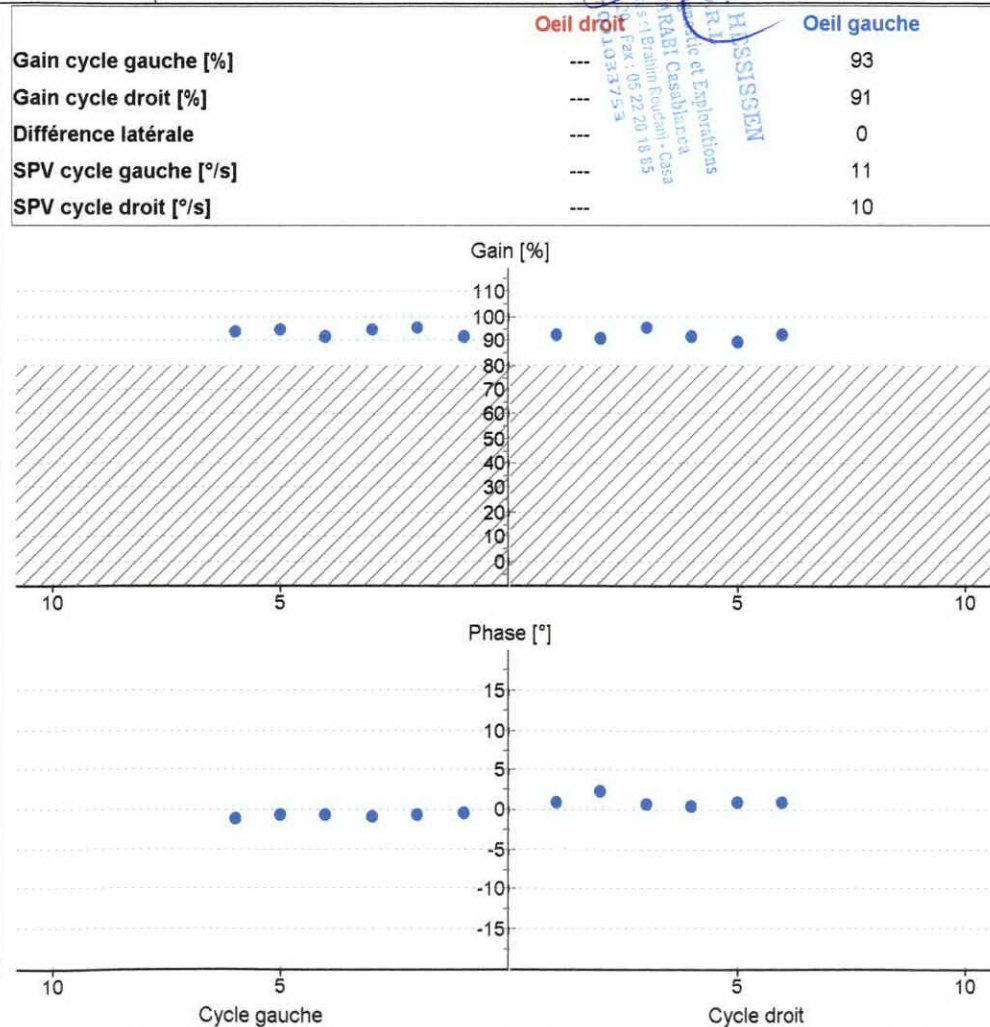
Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca
Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.M. AL FARABI Casablanca
Angle Boulevard Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 88 01 01 Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 093333753

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

Notes test:



Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

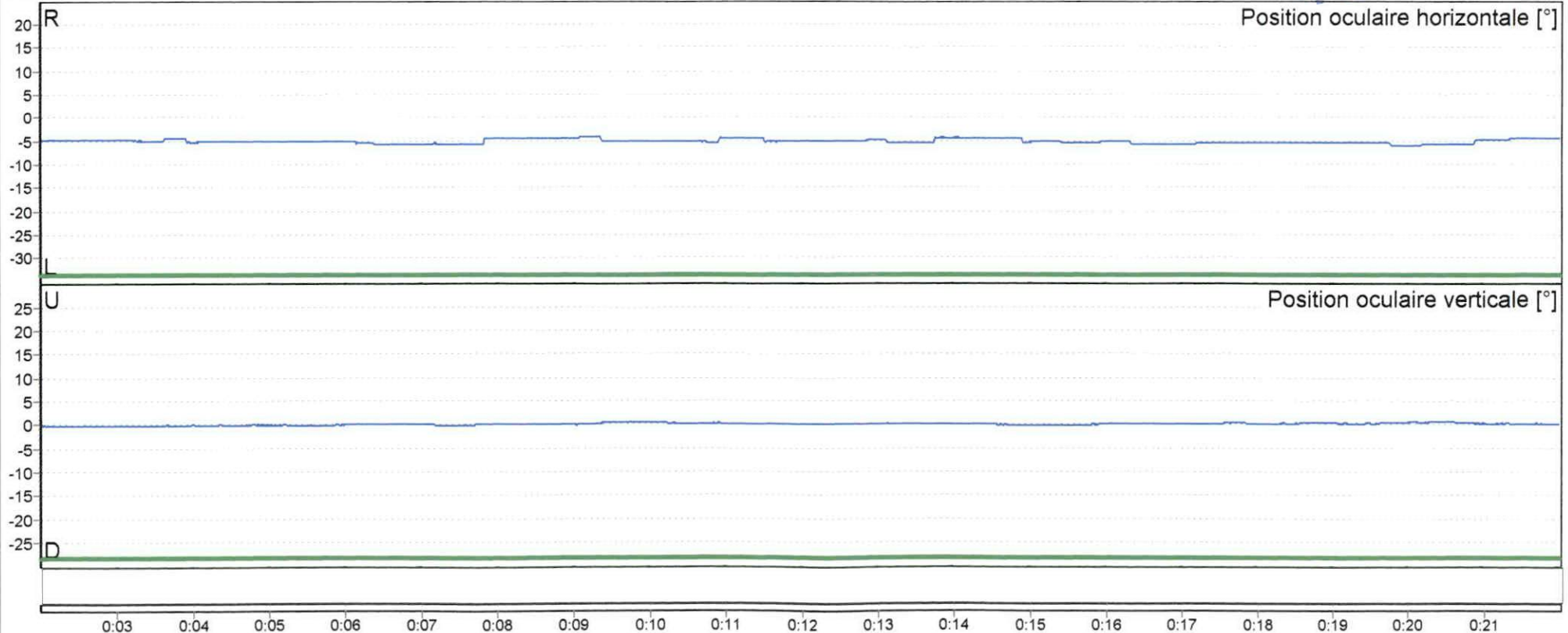


Patient: BENNANI
Prénom: MUSTAPHA
Date de naissance: 24/09/1957
Session: Défaut
Test: Nystagmus spontané
Date: 16/12/2019
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon...: none

Notes test:

Pr. Med. A. HESSISSEN
 Centre ORL de l'Al Farabi
 C.O.D. AL FARABI
 Casablanca
 Angle Rue J. K. : 05 77 20 18 86
 Tél : 05 22 87 13 37 / 05 22 87 13 37 / 3

Nystagmus direction	Oeil droit			Oeil gauche		
	a.SPV	Secousses/s	Secousses	a.SPV	Secousses/s	Secousses
Gauche	---	---	---	---	---	0
Droite	---	---	---	---	---	0
Vers le haut	---	---	---	---	---	0
Vers le bas	---	---	---	---	---	0

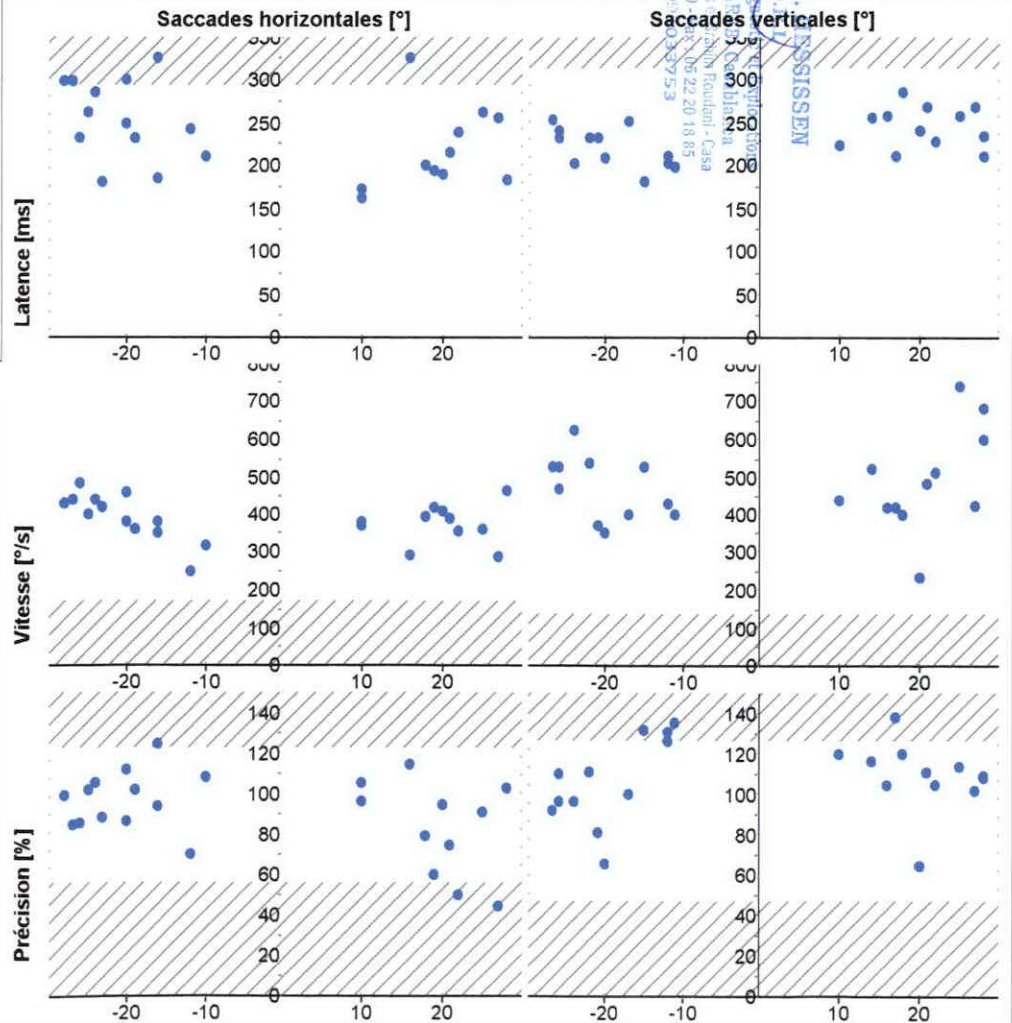
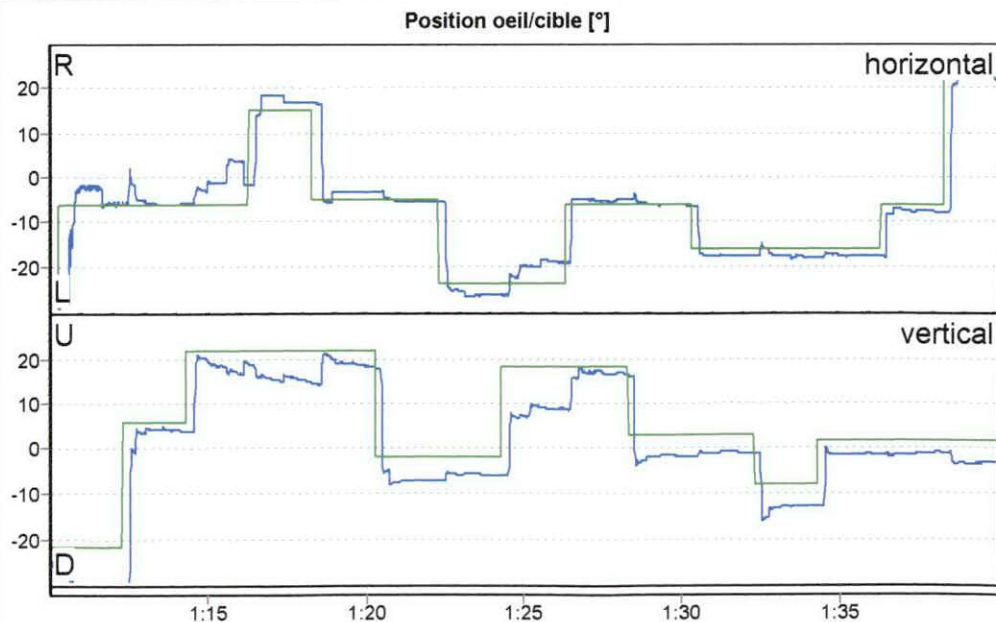


Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

Patient: BENNANI
Prénom: MUSTAPHA
Date de naissance: 24/09/1957
Session: Défaut
Test: Saccade
Date: 16/12/2019
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon...: none

Notes test:

	Gauche	Droite	Bas	Haut
Mouvement de la cible	14	15	14	14
Oeil gauche				
Saccades acceptées	13	11	12	12
Latence [ms]	254	218	221	246
Vitesse [°/s]	393	375	466	489
Précision [%]	97	83	106	109
Oeil droit				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---



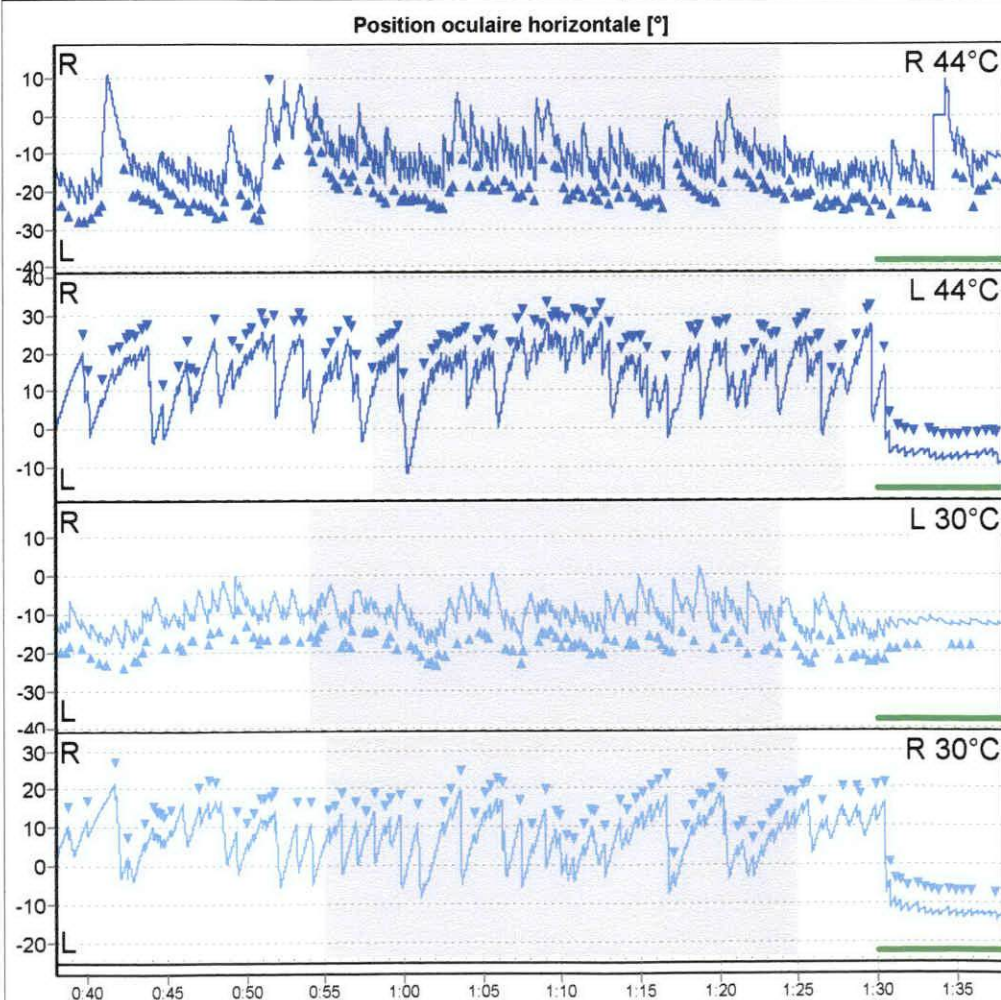
Pr. Med. A. HESSISSEN
 Centre Ocul de Diagnostic
 C.O.D.E.A.L. Pr. Med. A. HESSISSEN
 Angle Rue Jean J. A. 10000 Rabat
 Tél: 05 22 47 20 18 - 05 22 20 18 85
 INNE : 000033753

Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

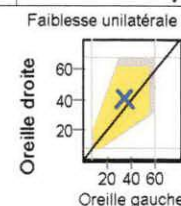
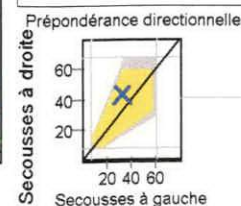
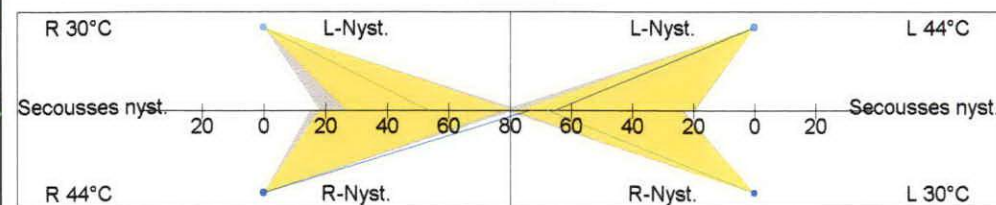
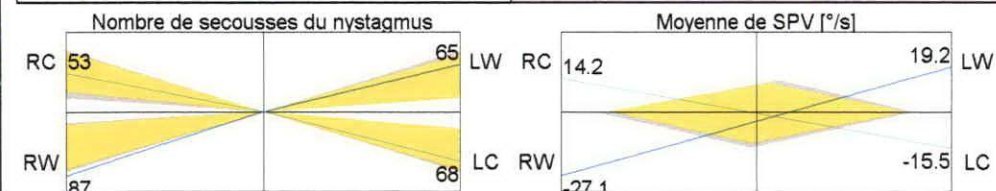
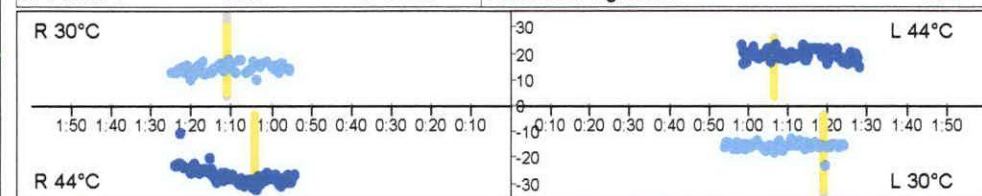
Patient: BENNANI
Prénom: MUSTAPHA
Date de naissance: 24/09/1957
Session: Défaut

Test: Calorique
Date: 16/12/2019
Masquer: Firewire mask
Oeil:
Etalon...: none

Notes test:



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	9% gauche
R 44°C:	-27.1	62 %	Oreille droite :	41.22°/s
L 44°C:	19.2	21 %	Oreille gauche :	34.66°/s
L 30°C:	-15.5	14 %	Prépondérance direc.:	12% droit
R 30°C:	14.2	25 %	Secousses à droite :	42.54°/s
SPV total :	75.9	SPN:0.0	Secousses à gauche :	33.34°/s



المحمد الفارابي التخصصية



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

MALADIE ET CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX
CHIRURGIE DE LA SORDITE ET CERVICO FACIALE
CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE
ALLERGOLOGIE
REANIMATION POLYVALENTE

Consultations tous les jours sur rendez-vous
Gardes des Dimanches et Fêtes assurées

أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن
جراحة السمع والوجه والعنق
جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب
جسدية
إنعاش
الفحص يوميا بالمعهد
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

note d'honoraires

Dr. HESSISSEN

500 017

Pr. HESSISSEN Med. Amine O.R.L.
Clinique Spécialisée Al Farabi
7, Rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30 (8 Lignes Groupées)

code
AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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, Enft

Bennani Mustapha

Le

16/12/19

Renseignements cliniques :

Variée

Pour

π

AUDIOGRAMME TONAL

π

IMPEDANCEMETRIE

π

PEA

π

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π

MANŒUVRES POSITIONNELLES

CE + K_{jo} + K₁₀₀

Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Explorations
C.O.R.L. AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel : 05 22 47 20 20 / 47 30 30
INPE : 09103373
Pr. Med. A. BENNANI

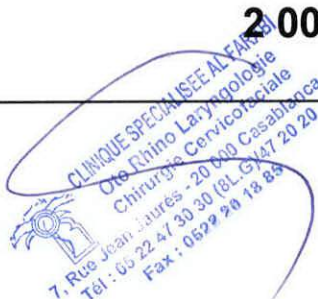


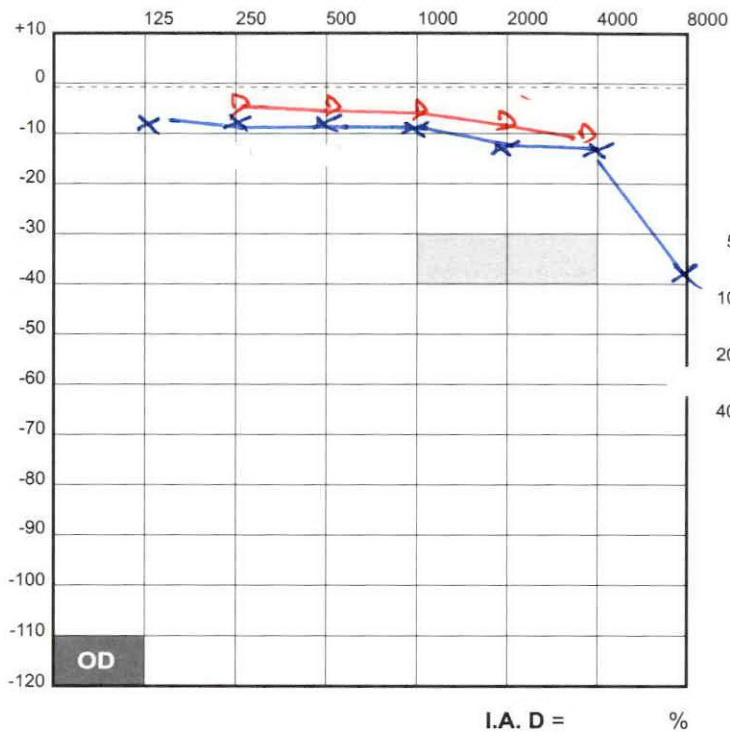
CODE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA
Tel : 022 47 30 30 Fax :022 20 18 85

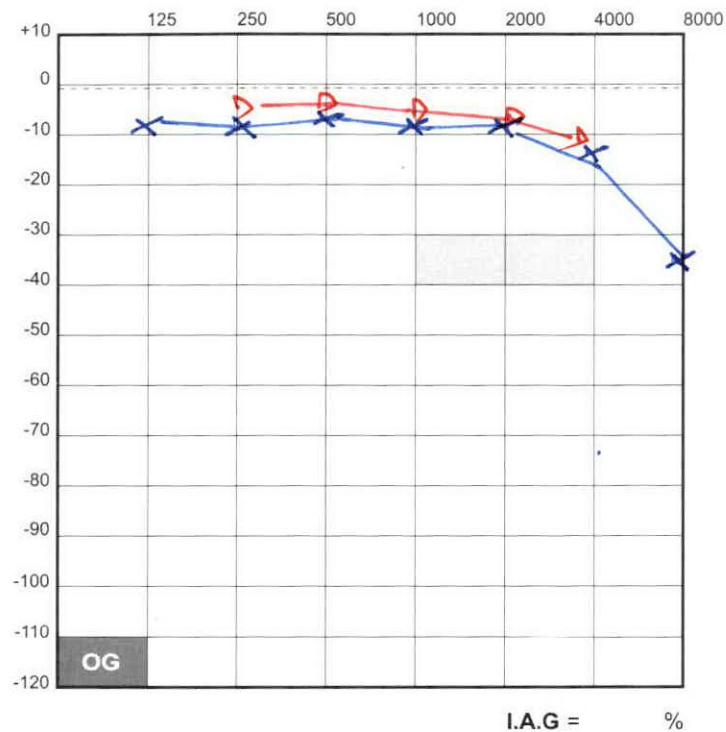
FACTURE N° 621/2019
NOM - PRENOM : BENNANI MUSTAPHA

ACTES MEDICAUX			HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION				
VNG		1000,00	DR HESSISSEN	500,00
MANŒUVRES				
AUDIOGRAMME		500		
FRAIS CLINIQUE		1500,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
TOTAL GENERAL				2000,00
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE				
DEUX MILLE DHS				
CASABLANCA LE 16/12/2019				
ATTIJARI Wafa Bank CASABLANCA, COMPTE N° 007 780 0003853000000108 68				
ICE 001514471000021 IF 01085330				
CNSS / 1235440 - PAT / 35508565				
Tel:022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85				

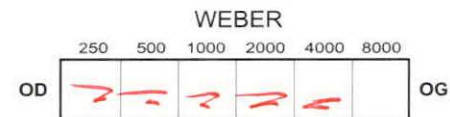
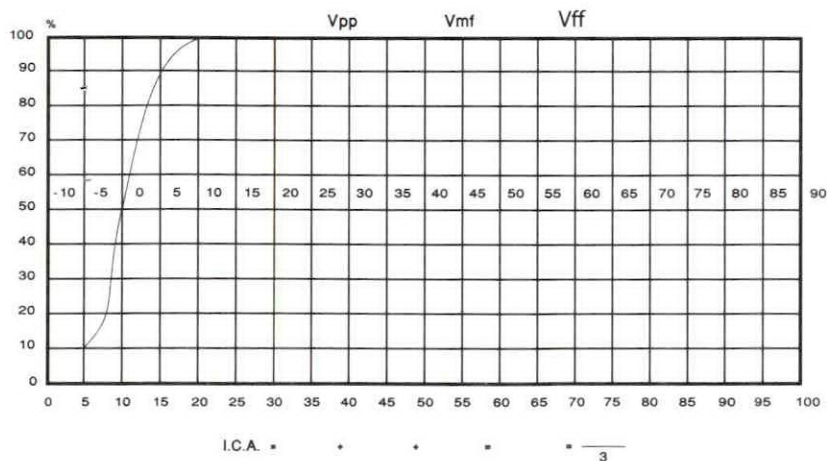




PERTE AUDITIVE	
OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	db



EPREUVES VOCALES

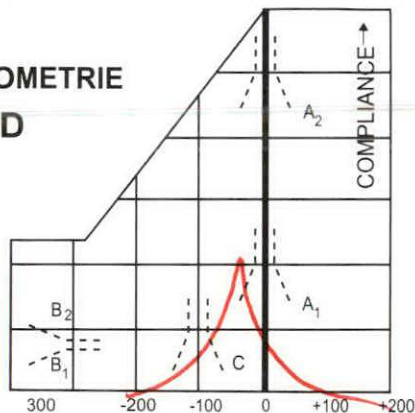


- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

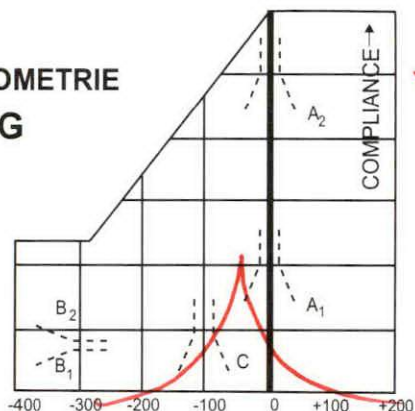


IMPEDANCEMETRIE

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 والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM BEN KHANLI

Prénom Justine

Date de naissance Date d'examen 16 DEC. 2019

Observations

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. Diagnostic & Explorations
AL FARABI
Rue de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 47 24 00 - Fax : 05 22 47 24 01

