

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.

Éducation :

- 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Autres

ND: 13758

3249

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN NANI MOSTAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 66611869 8c

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

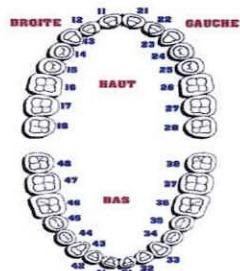
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	12	11	21	22	GAUCHE
	13	12	22	23	
	14	13	23	24	
	15	14	24	25	
	16	15	25	26	
	17	16	26	27	
	18	17	27	28	
	19	18	28	29	
	20	19	29	30	
	21	20	30	31	
	22	21	31	32	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

W18-400299

DATE DE DEPOT

..... / /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 3249

Nom & Prénom BENNANI JOSAFAT

Fonction : Reprise Phone : 0661186986

Mail mus.57.ben@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Date : 16/12/13

Nature de la maladie : HESISSAEN Med. Amine O.R.L. Spécialisée Al Farabi Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes : 20 000 Casablance 16/12/13

Nature des actes : 1 Rue Jean Jaures - 30 30 (8 Groupées) Montant détaillé des Honoraires

Voir détail par la facture : 1 Rue Jean Jaures - 30 30 (8 Groupées) Montant détaillé des Honoraires

No 64115 de Pa Montant détaillé des Honoraires

PHARMACIE Date : 16/12/13

Montant de la facture : 156,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT NOM : BENNANI

Mle 3249

DECLARATION N° W18-400299

Date de Dépot 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

مركز فحص وتشخيص امراض الأنف والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS
Casablanca le 16/12/2019

Casablanca, le

Monsieur MUSTAPHA BENNANI

78,00 x 2

BETASERC CP
1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS



Signé : Professeur HESSISSEN M A



Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



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

Casablanca, le

16/12/19

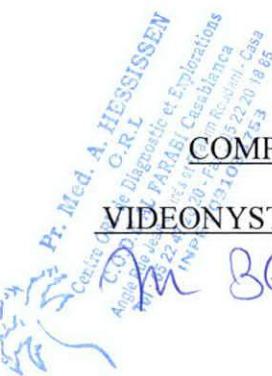
Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



COMPTE RENDU

VIDÉONYSTAGMOGRAPHIQUE

Am BENNISI Nystagmographie

- 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
O.R.L.
Centre O.R.L.
Diagnostic et Explorations
Al Farabi Casablanca
Tél : 05 22 20 18 65
Fax : 05 22 20 18 65
INPE : 05 22 20 18 65

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتخييم

Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

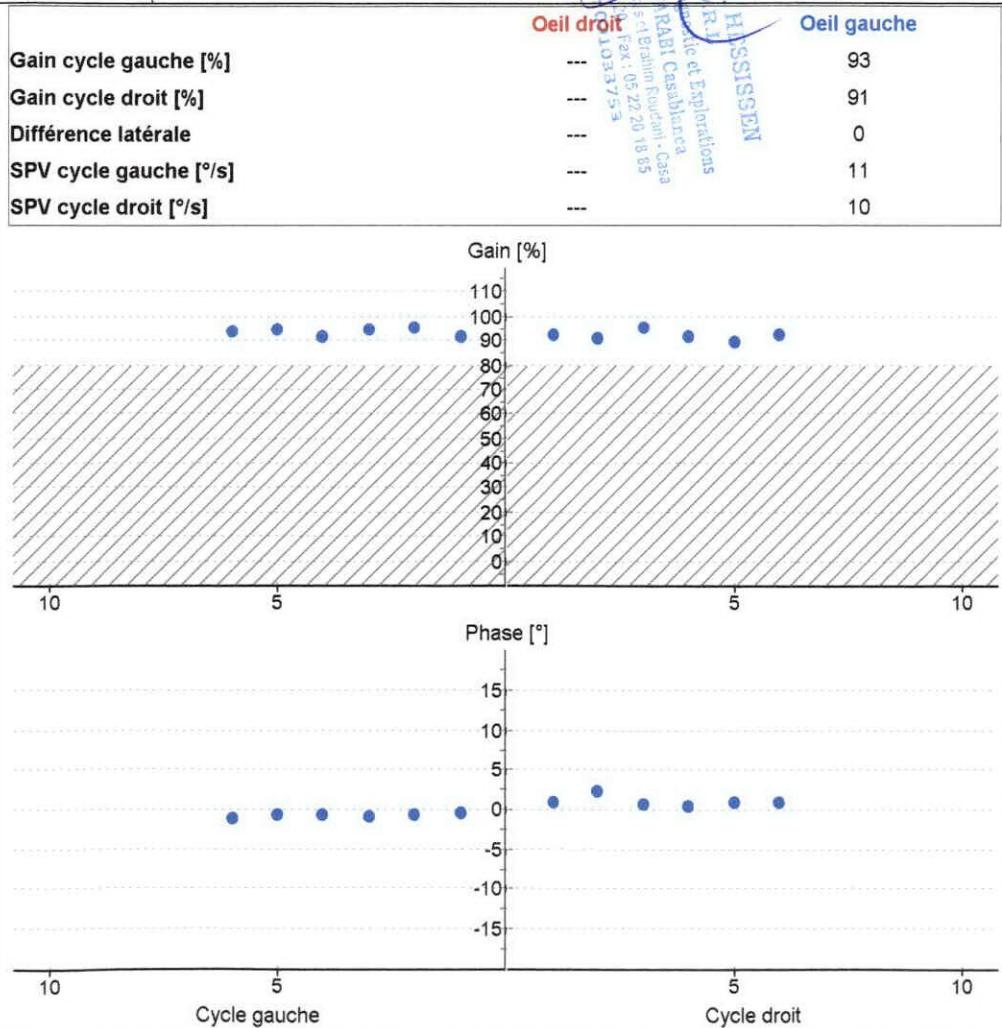
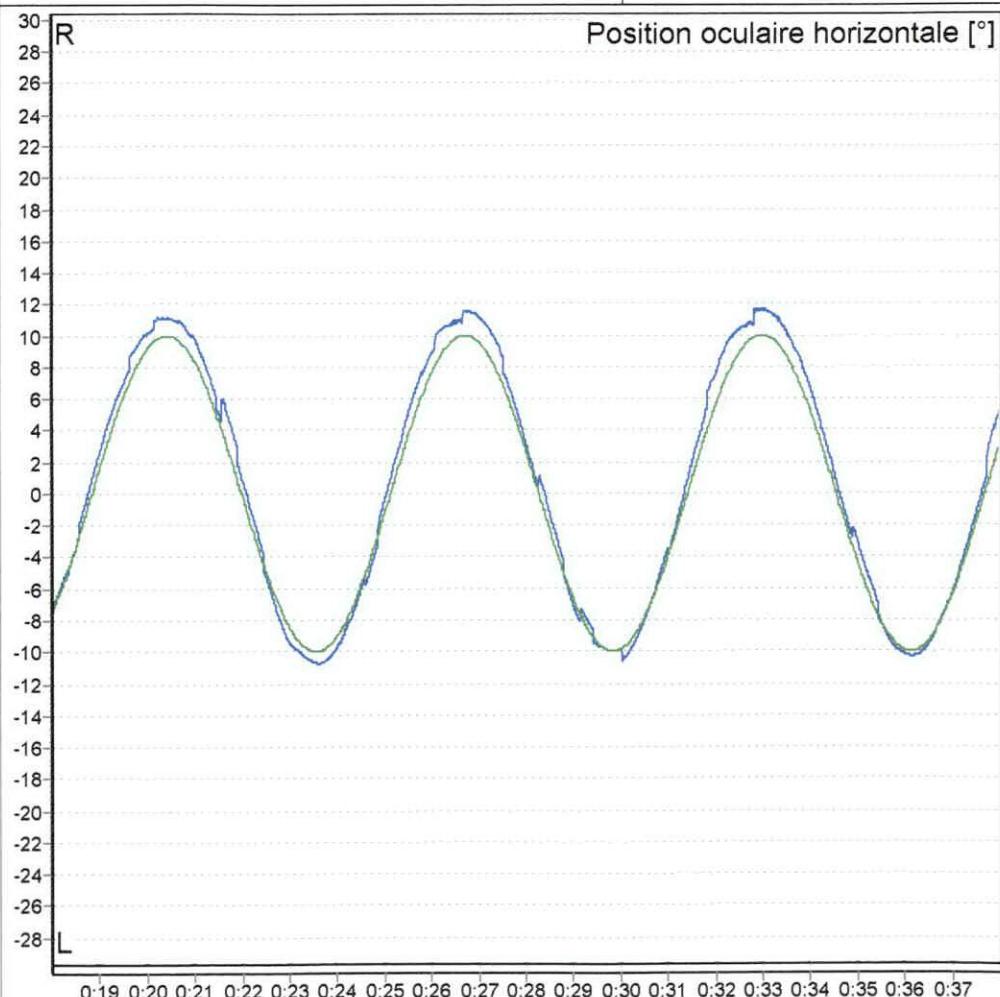


Patient: BENNANI
 Prénom: MUSTAPHA
 Date de naissance: 24/09/1957
 Session: HE
 Défaut

Test: Poursuite
 Date: 16/12/2019
 Masquer: Firewire mask
 Oeil: Gauche (monoculaire)
 Etalon.: none

Notes test:

Pr. Med. A. HESSISSEN
 ORL et Explorations
 Centre ORL de Casablanca
 C. D. E. N. Y. RABI Casablanca
 Dr. Blaum Fak. 05 22 20 18 85
 Angle Roumain 103 3753
 Tel: 05 22 47 20 10
 INPE



Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



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

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

R Position oculaire horizontale [°]

U Position oculaire verticale [°]

0:03 0:04 0:05 0:06 0:07 0:08 0:09 0:10 0:11 0:12 0:13 0:14 0:15 0:16 0:17 0:18 0:19 0:20 0:21

Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



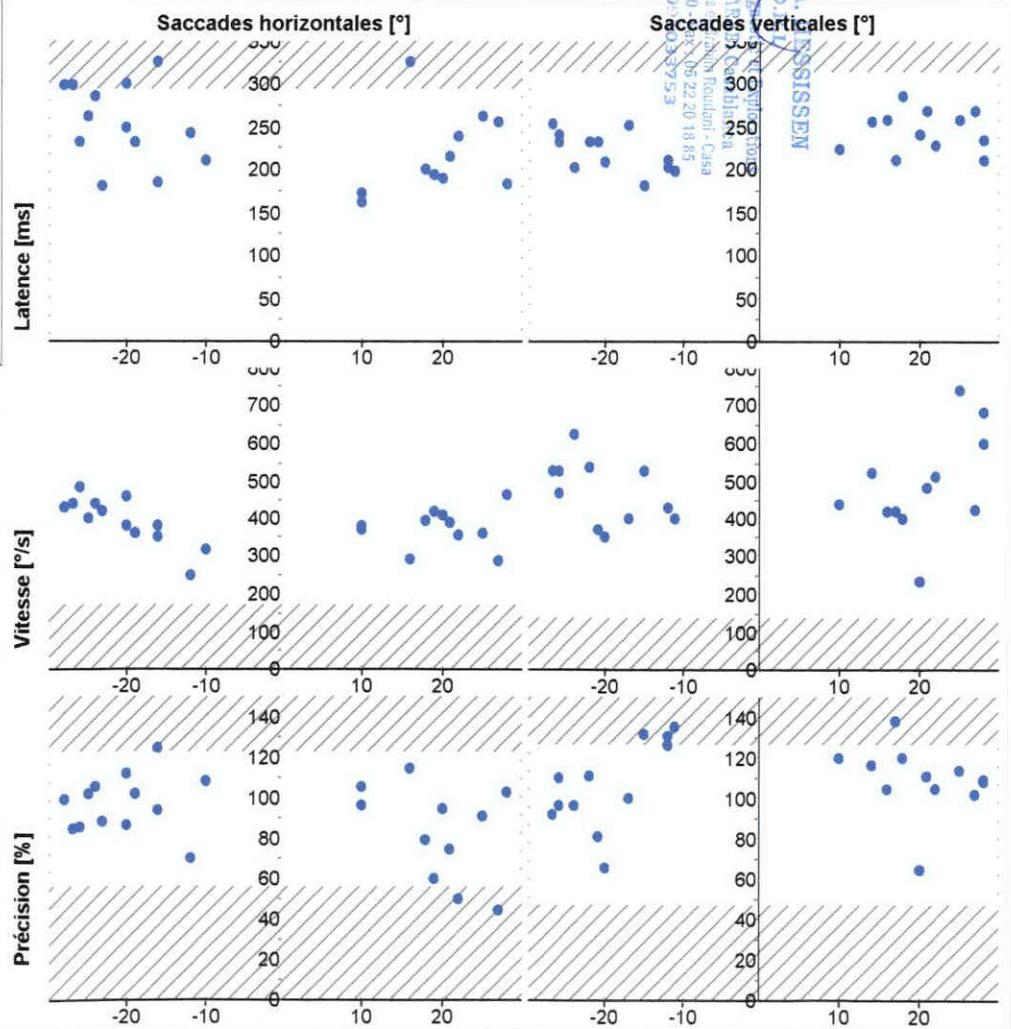
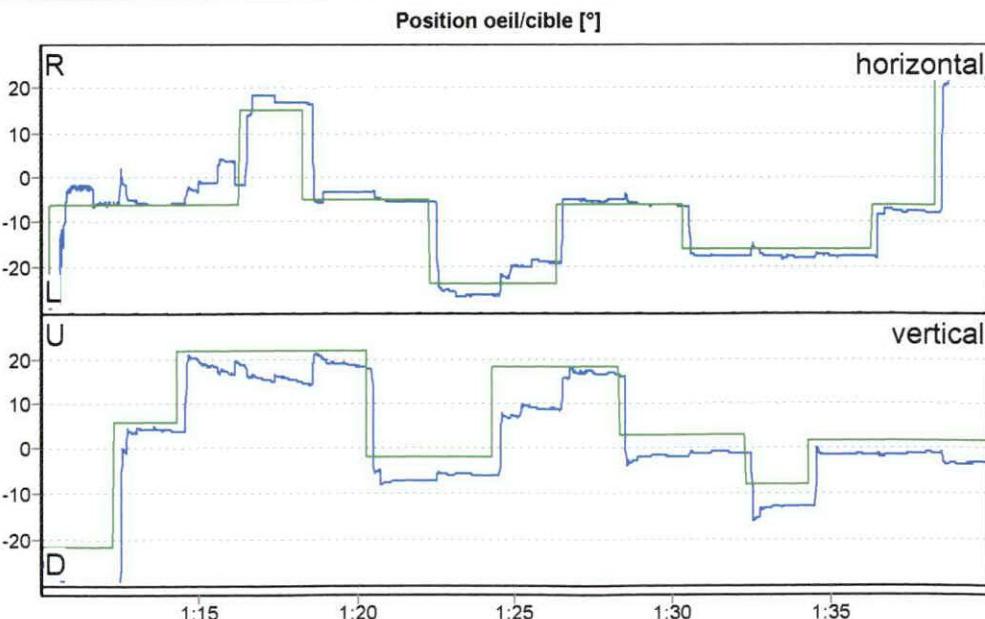
Patient: BENNANI
Prénom: MUSTAPHA
Date de naissance: 24/09/1957
Session: HE Défaut

Test: Saccade
Date: 16/12/2019
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon..: none

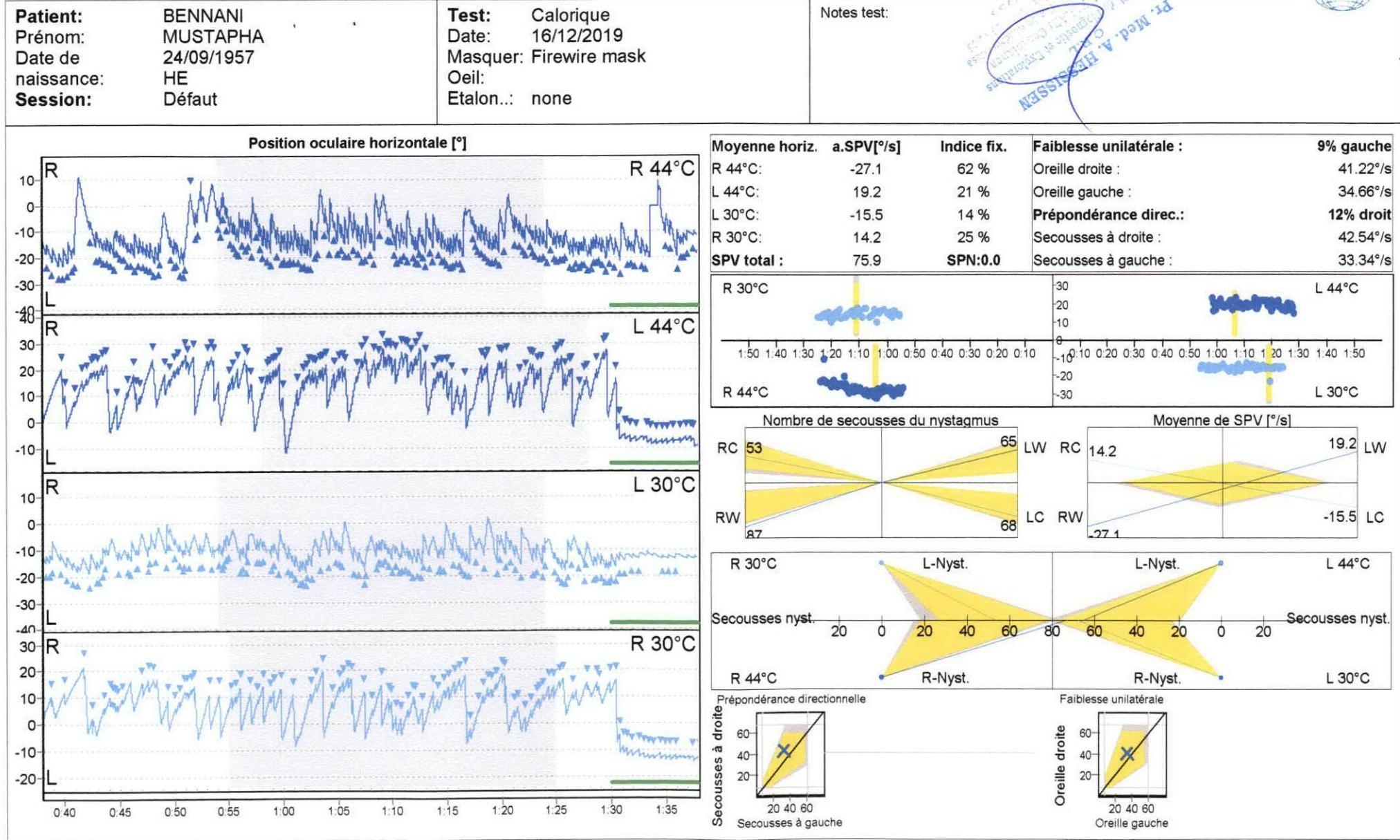
Notes test:

Pr. Med. A. HESSISSEN
 Centre GDI de Dakar
 C.O.D.E. Al Farabi
 Angle Rue Jean Jaurès et Avenue Roudani - Casablanca
 Tél : 05 22 47 24 11
 INR : 00000000000000000000000000000000

	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 M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



الجامعة الفرنسية المغربية



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

CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

أمراض وجراحة

الأنف - المخجرة - الأنف

جراحة السمع وأذن وحنق

جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب

حساسية

إنعاش

الشخص يومياً بالموعد

الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

Note d'honneur.

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)



A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Benmami Mustapha
Be..... 16/12/19

Renseignements cliniques :

Variac

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

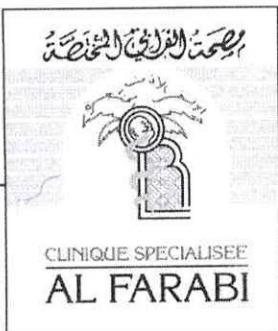
PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Code O.R.L.
Centre de Diagnostic et d'Exploration
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani
Tel: 022 47 20 20 / 47 30 30
Fax: 022 20 18 85
Intra: 09 22 33 72 22 20 18 85

(E + K) 50 + (K) 10



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

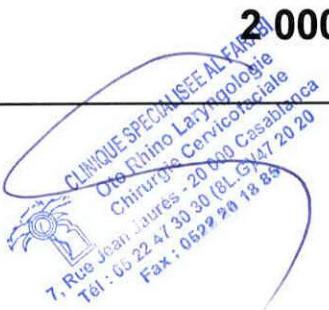
ACTES MEDICAUX		HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION			
VNG	1000,00	DR HESSISSEN	500,00
MANOEUVRES			
AUDIOGRAMME	500		
FRAIS CLINIQUE	1500,00	FRAIS HONORAIRES	500,00

**TOTAL
GENERAL**

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

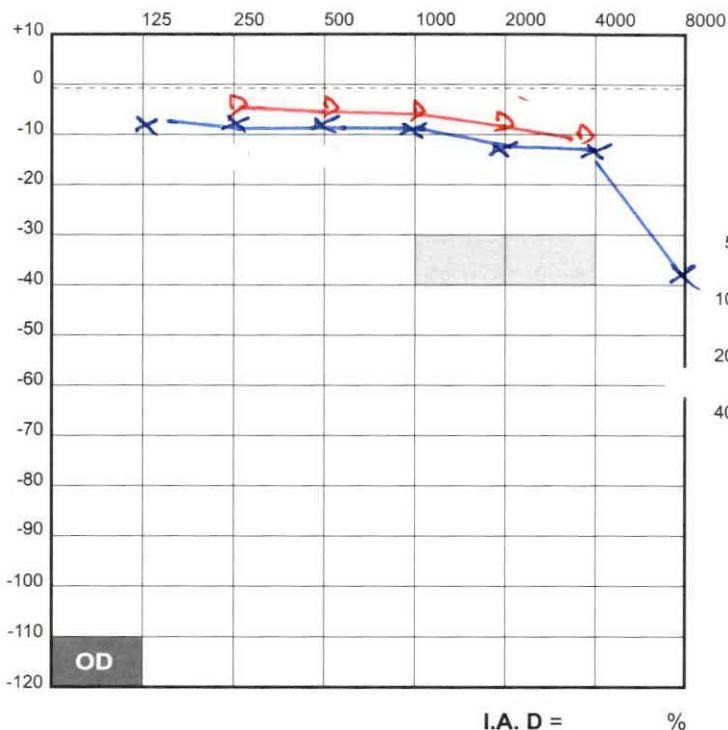
DEUX MILLE DHS

2 000,00



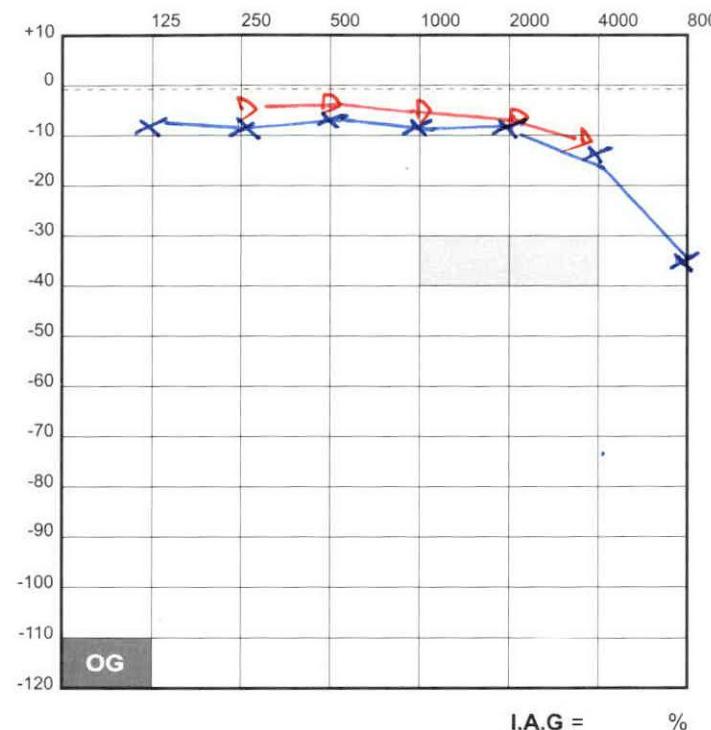
CASABLANCA LE 16/12/2019

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

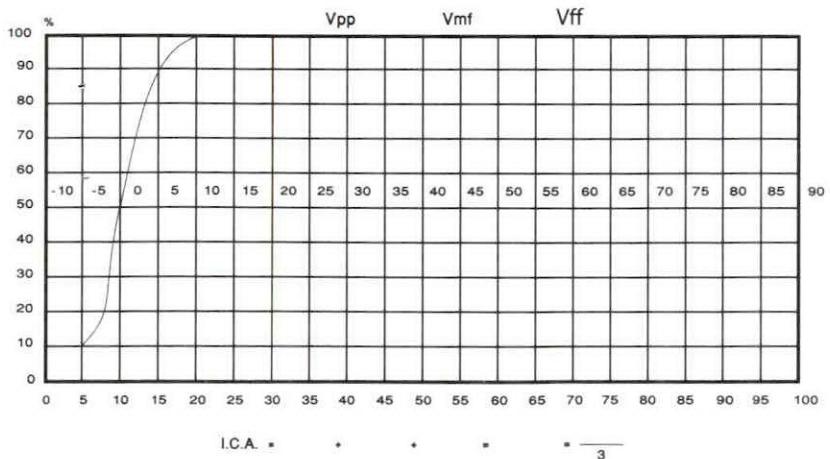


PERTE AUDITIVE

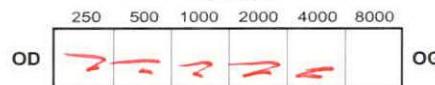
OD	OG
500 hz	db
1000 hz	db
2000 hz	db
4000 hz	db
PAM	
OG	



EPREUVES VOCALES



WEBER

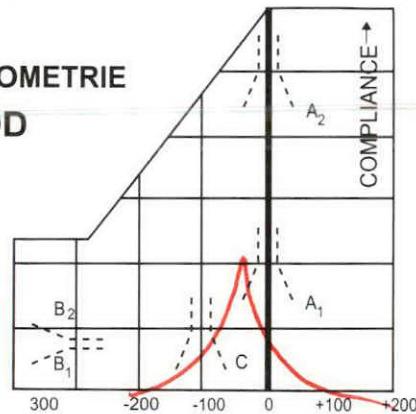


- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

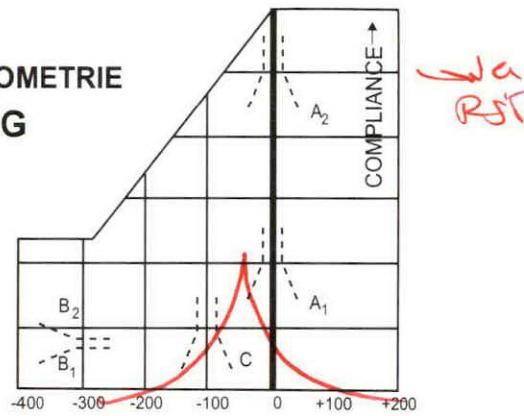


IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE
OD



TYMPANOMETRIE
OG



REFLEXE STPEDIEN

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

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB
> 15 ans = 80 à 95 dB

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

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

Prénom

Date de naissance Date d'examen 16 DEC. 2019

Observations

