

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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 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

N° P19-0027555

ND: 47020

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZNIBEON DOHMOUD

Date de naissance : 9-5-50

Adresse : Bd de la 6 de Septembre Ros El Merguell 3

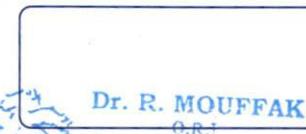
zén. mab

Tél. 06 61 34 09 18

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2013

Nom et prénom du malade : ZNIBEON DOHMOUD Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Afh. opex

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ASCUEIL

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 : 03/11/2013

Signature de l'adhérent(e) :


Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.F AL FARABI

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
03/11/2012	visite de suivi et évaluation	12	3000m	
03/11/2012	visite de suivi et évaluation	12	3000m	
03/11/2012	visite de suivi et évaluation	12	3000m	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		 Dr. R. M. TUFFAR O.R.L. Centre ORL de Diagnose et Traitement et Explorations Angle Rue Sidi Jaures et Dr. Ibrahim Abdallah - Casablanca Tel: 05 22 47 30 00 L. 05 22 47 30 18 B. Fax: 05 22 13 9928

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

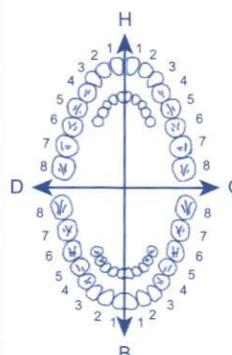
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CODE SPECIALISEE AL FARABI

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

FACTURE N° 510/2020
NOM - PRENOM : ZNIBER BOUCHRA

ACTES MEDICAUX		HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION			
VNG	1000,00	DR MOUFFAK	500,00
MANŒUVRES			
AUDIOGRAMME			
FRAIS CLINIQUE	1000,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
TOTAL GENERAL			1 500,00
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE			
MILLE CINQ CENTS DHS			
 CASABLANCA LE 03/11/2020			
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			

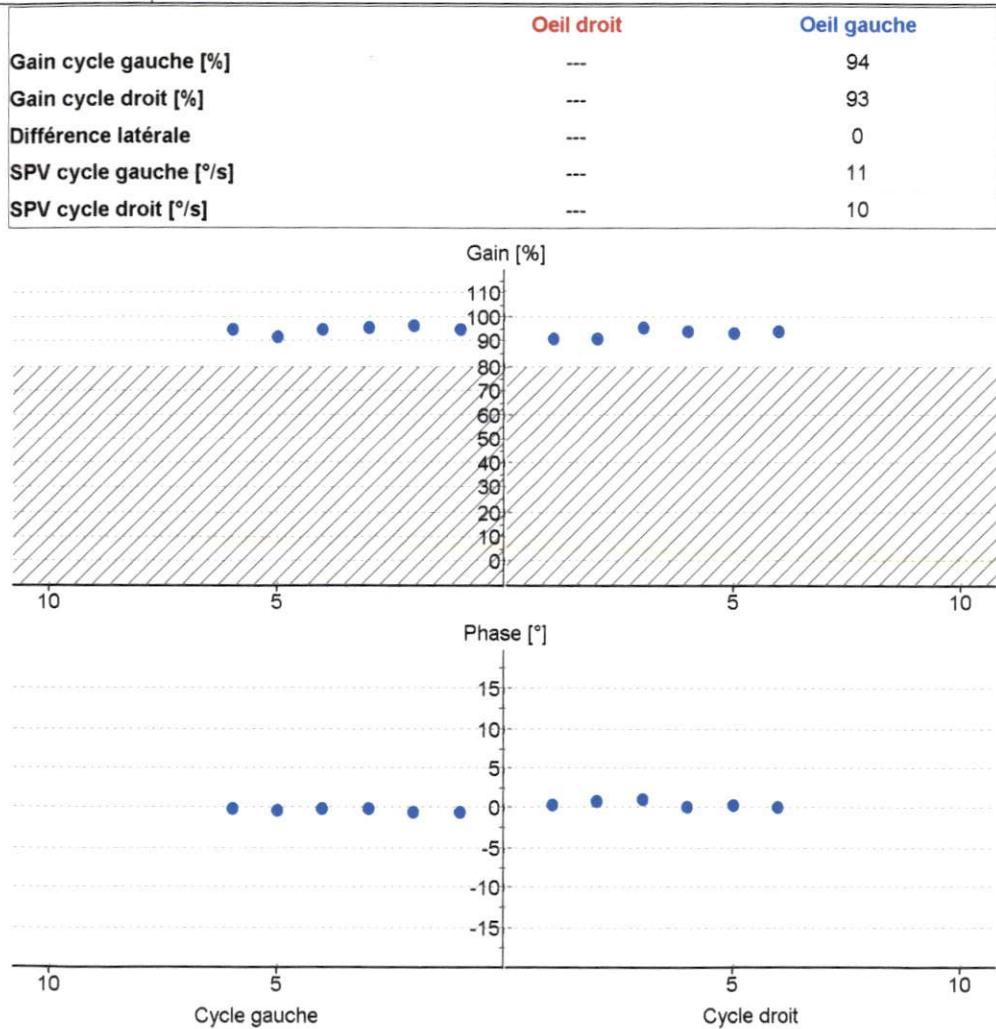
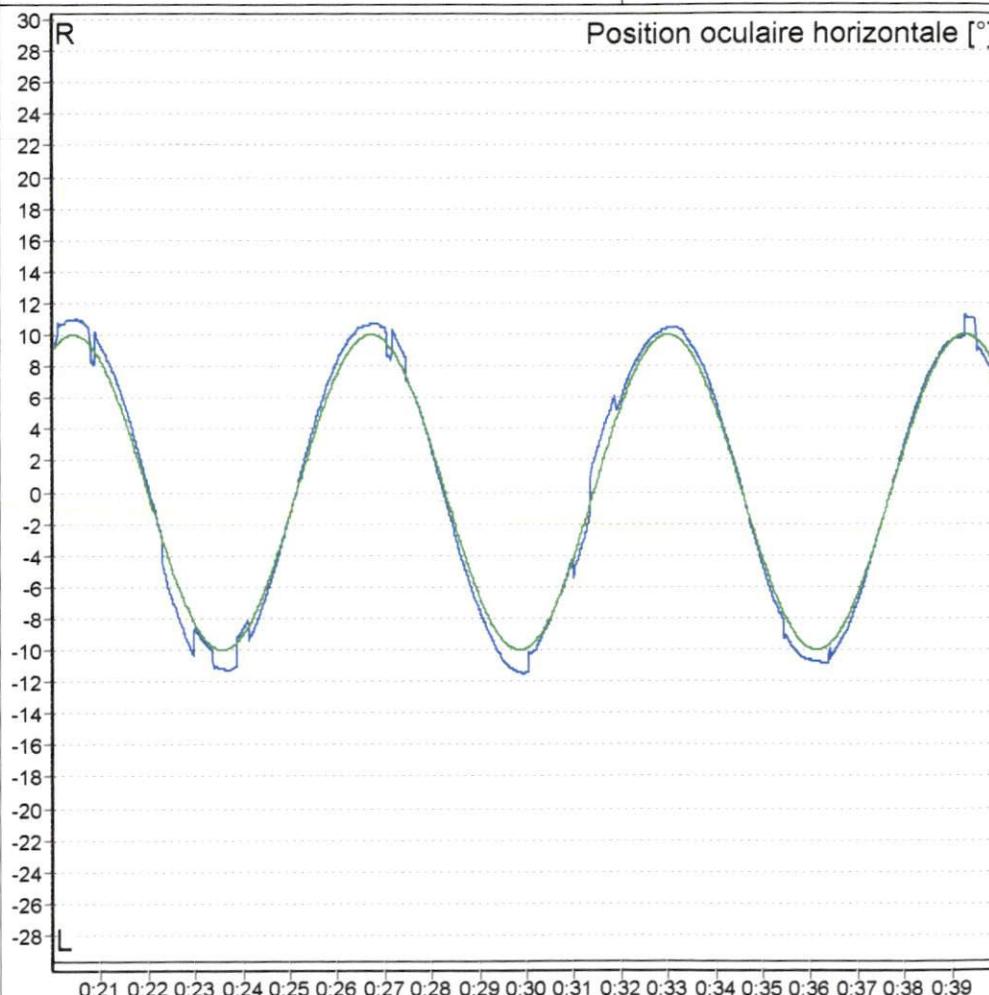
Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



Patient: ZNIBER
 Prénom: BOUCHRA
 Date de naissance: 18/01/1957
 Session: MO Défaut

Test: Poursuite
 Date: 03/11/2020
 Masquer: Firewire mask
 Oeil: Gauche (monoculaire)
 Etalon.: none

Notes test:



Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

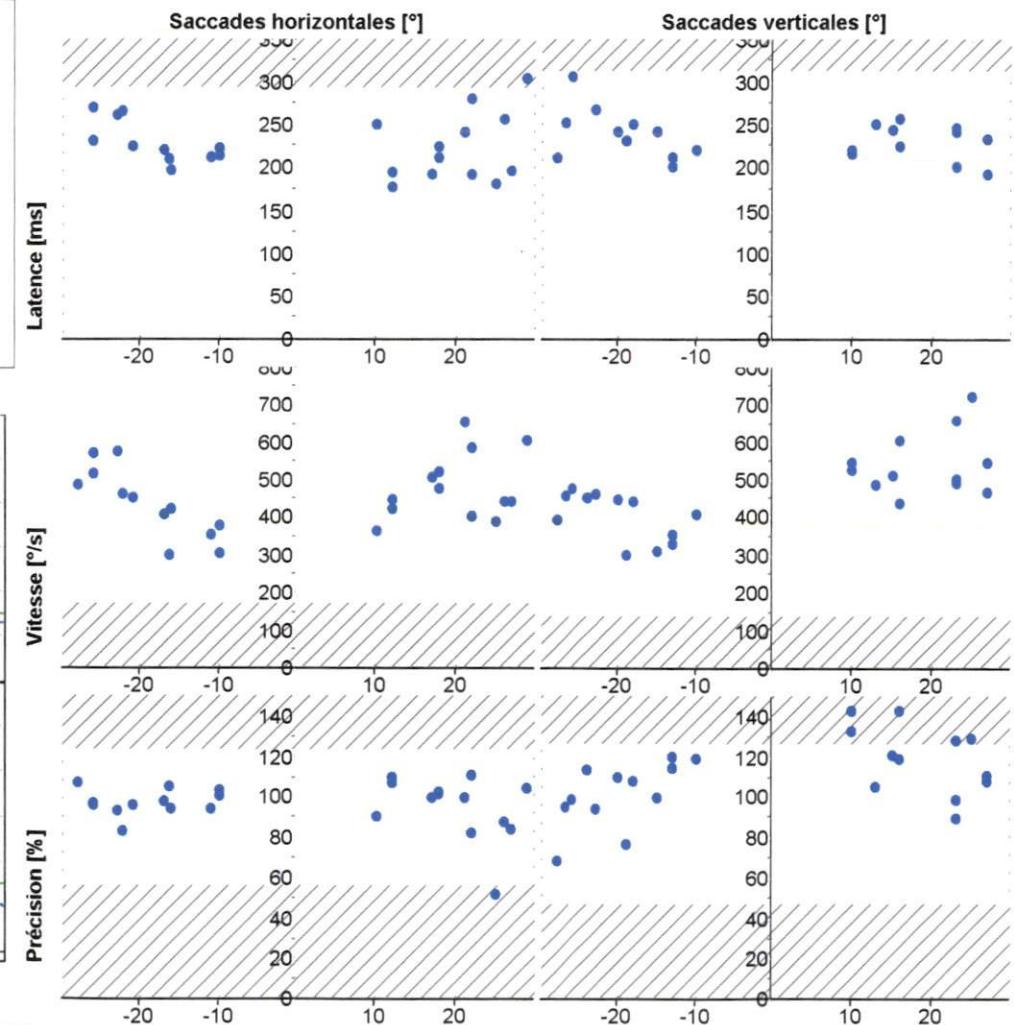
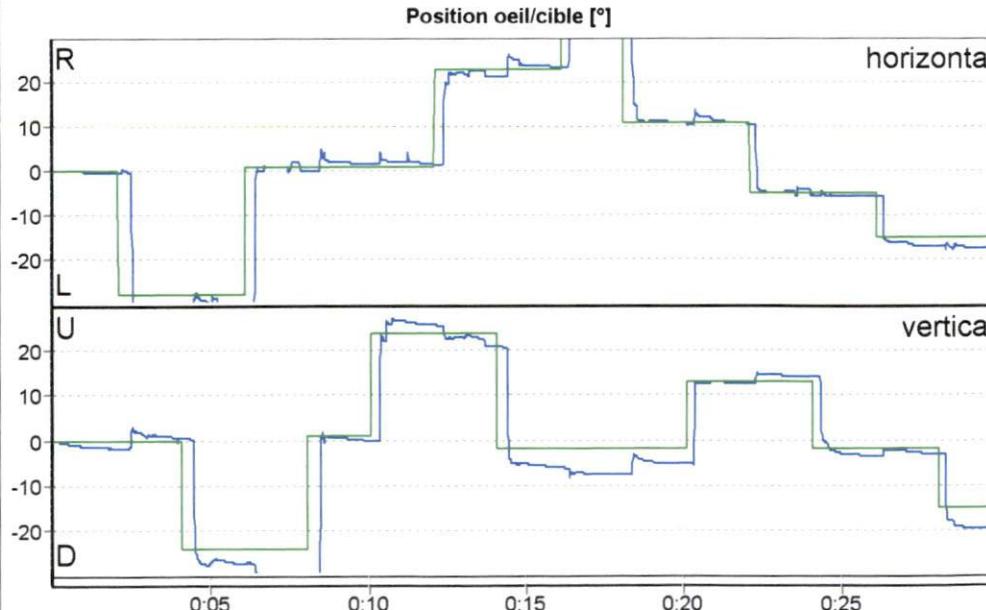


Patient: ZNIBER
 Prénom: BOUCHRA
 Date de naissance: 18/01/1957
 Session: MO Défaut

Test: Saccade
 Date: 03/11/2020
 Masquer: Firewire mask
 Oeil: Gauche (monoculaire)
 Etalon.: none

Notes test:

	Gauche	Droite	Bas	Haut
Mouvement de la cible	12	13	12	12
Oeil gauche				
Saccades acceptées	12	13	12	12
Latence [ms]	244	224	250	240
Vitesse [°/s]	436	481	402	540
Précision [%]	97	95	101	119
Oeil droit				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---



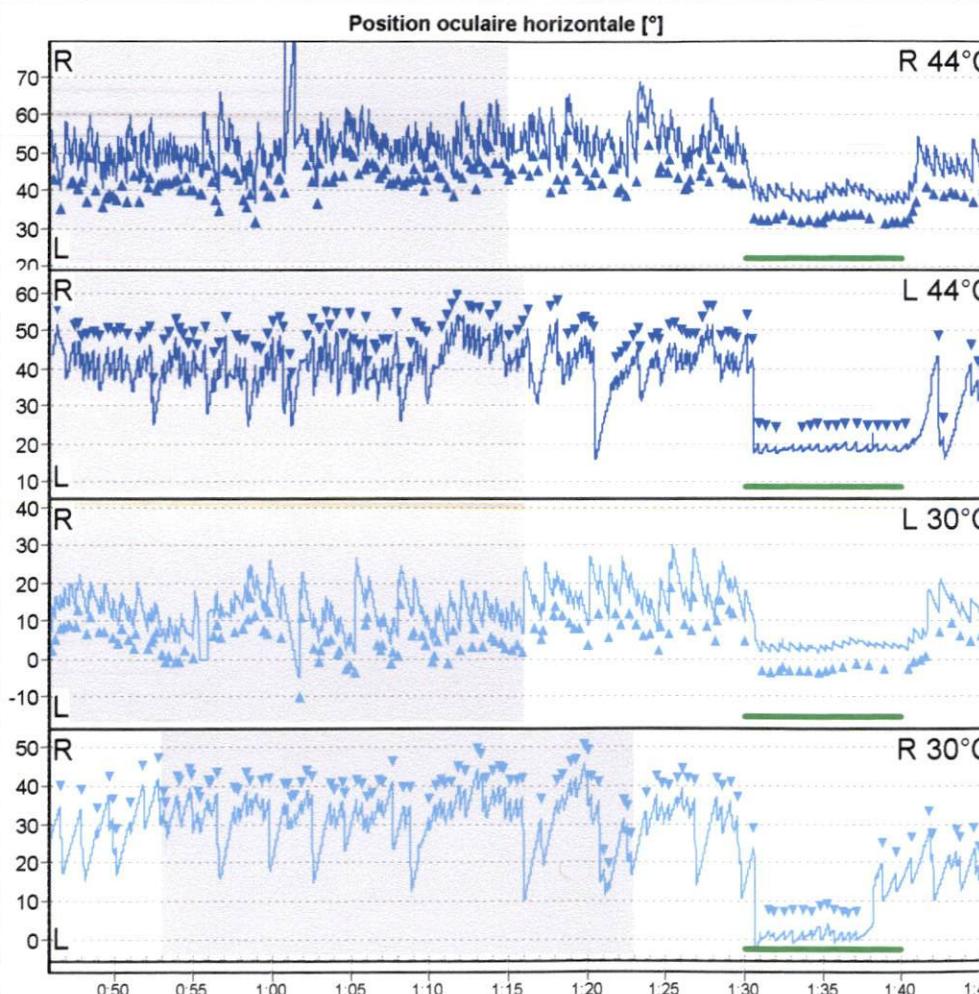
Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



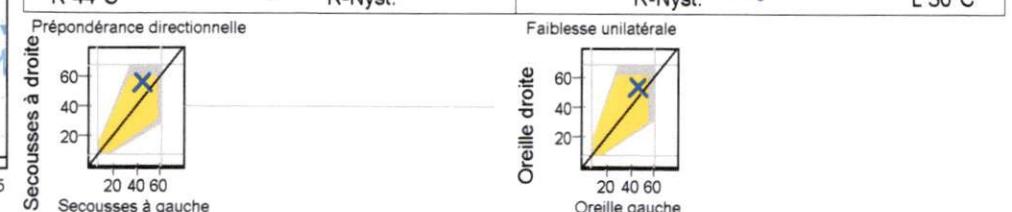
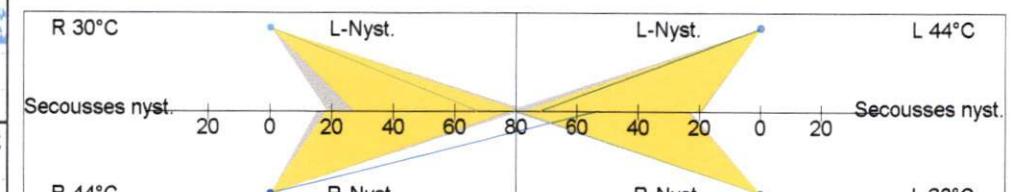
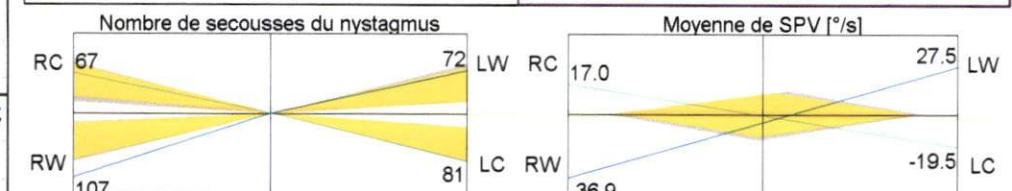
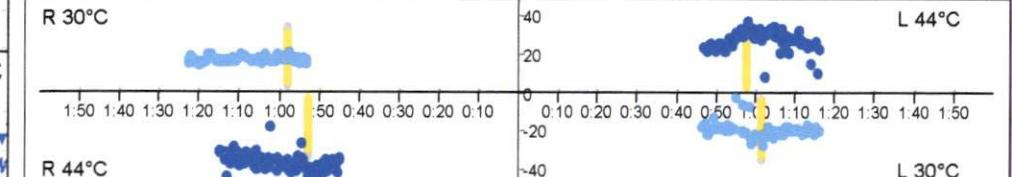
Patient: ZNIBER
 Prénom: BOUCHRA
 Date de naissance: 18/01/1957
 Session: MO Défaut

Test: Calorique
 Date: 03/11/2020
 Masquer: Firewire mask
 Oeil: Etalon..: none

Notes test:



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	7% gauche
R 44°C:	-36.9	25 %	Oreille droite :	53.88°/s
L 44°C:	27.5	20 %	Oreille gauche :	47.06°/s
L 30°C:	-19.5	17 %	Prépondérance direc.:	12% droit
R 30°C:	17.0	46 %	Secousses à droite :	56.43°/s
SPV total :	100.9	SPN:0.0	Secousses à gauche :	44.51°/s



Dr Réda MOUFFAK, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



Patient:	ZNIBER	Test:	Nystagmus spontané	Notes test:
Prénom:	BOUCHRA	Date:	03/11/2020	
Date de naissance:	18/01/1957	Masquer:	Firewire mask	
Session:	MO	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

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والحنجرة الفرابي
CENTRE AL FARABI DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Casablanca, le

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Note phonogram

Dr. Mouffak.

500

~~D. MOUFFAK ORL~~ ORL

Clinique Spécialisée AL FARABI

7, Rue Jean Jaurès
Tel : 0522 47 30 30 (8 lignes Groupées)
Fax : 0522 20 18 85 - CASA

Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
العنق والتكييف

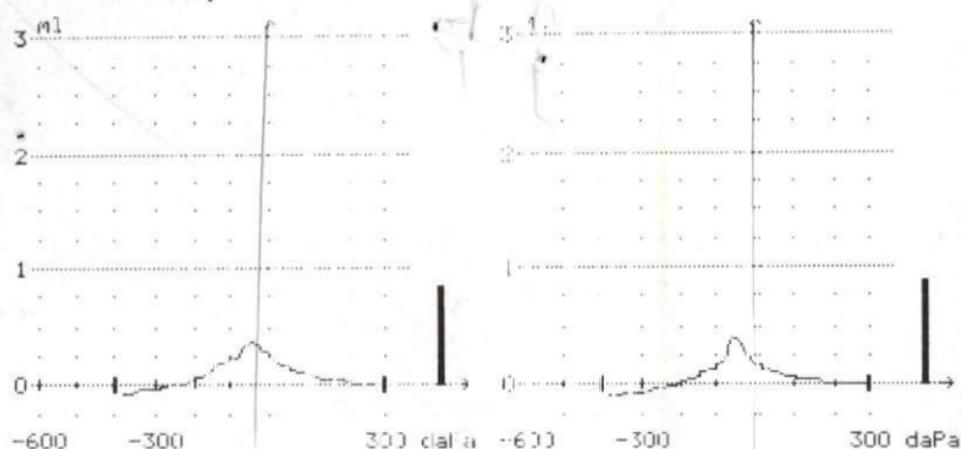


AT236

Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 0.84 ml
Compliance 0.37 ml
Pressure -49 daPa
Gradient 0.14 ml

Ear Volume 0.81 ml
Compliance 0.41 ml
Pressure -59 daPa
Gradient 0.23 ml

Reflection

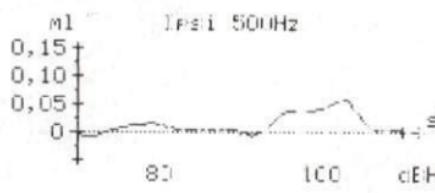
Right

Left

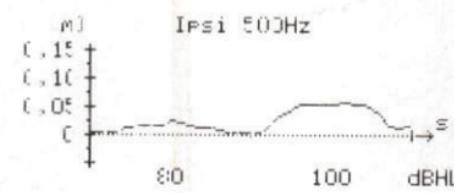
Pressure -49 daPa

Pressure -59 daPa

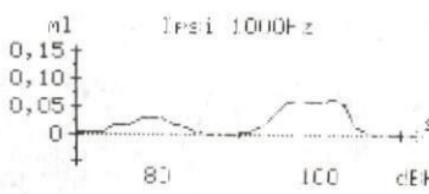
Sequence



Sequence



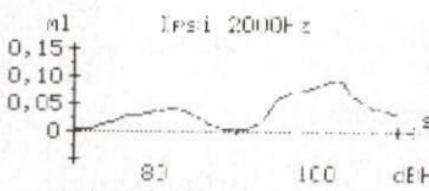
Sequence



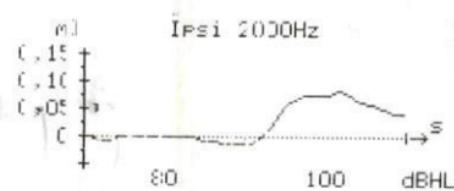
Sequence



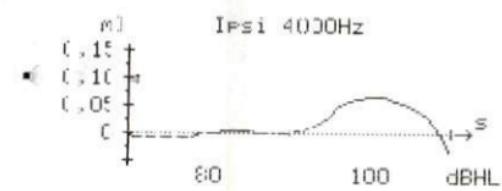
Sequence



Sequence



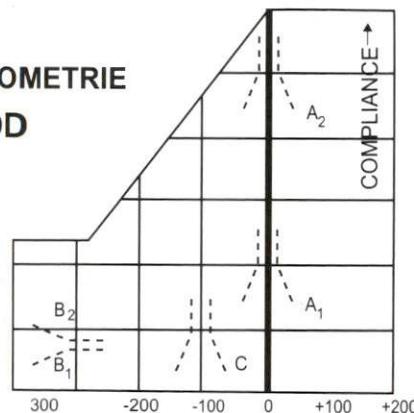
Sequence



IMPEDANCEMETRIE

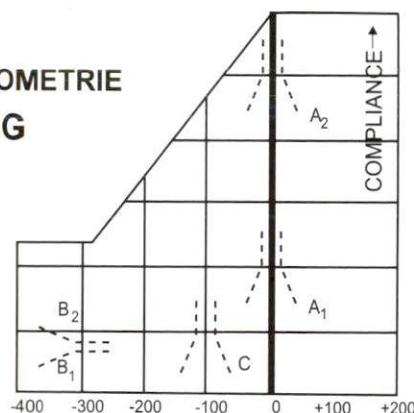
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

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

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 الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM

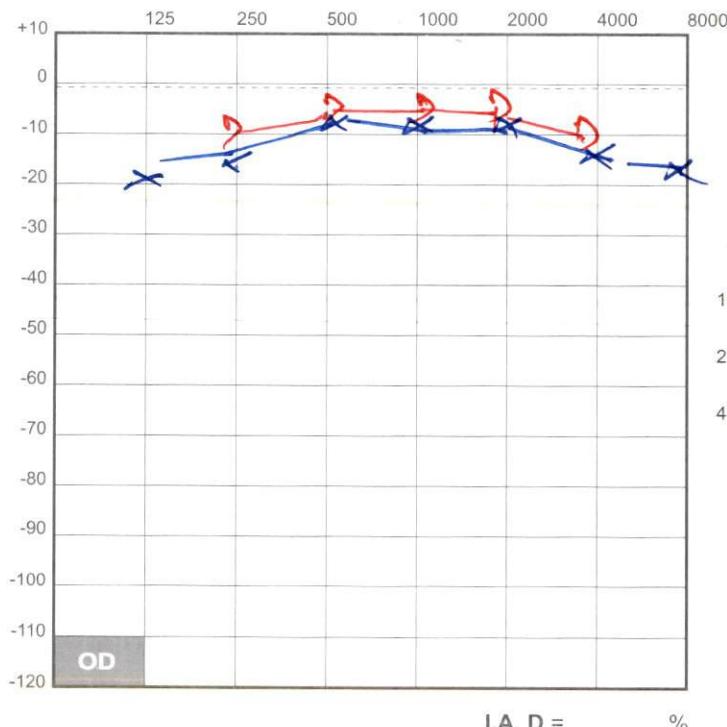
Prénom

Date de naissance 18-1-57 Date d'examen

03 NOV. 2020

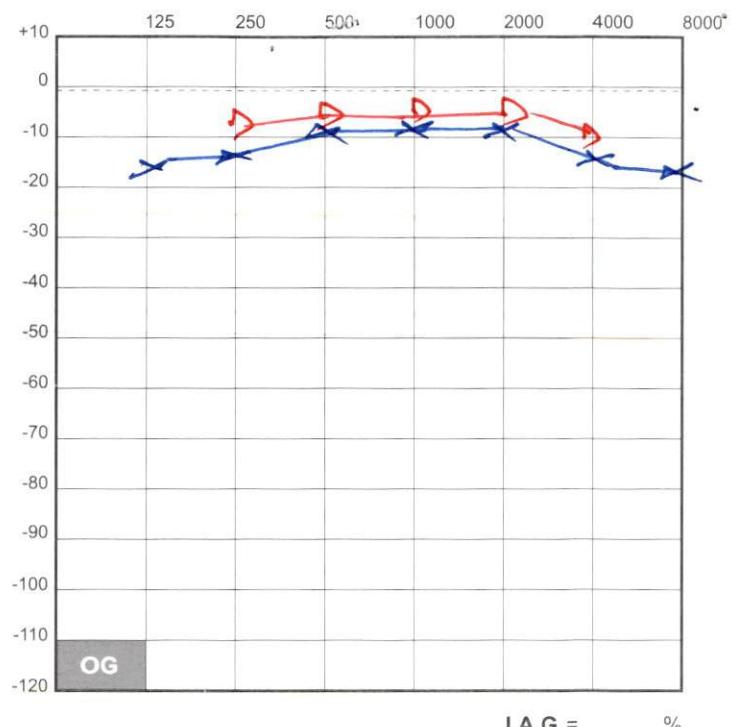
Observations



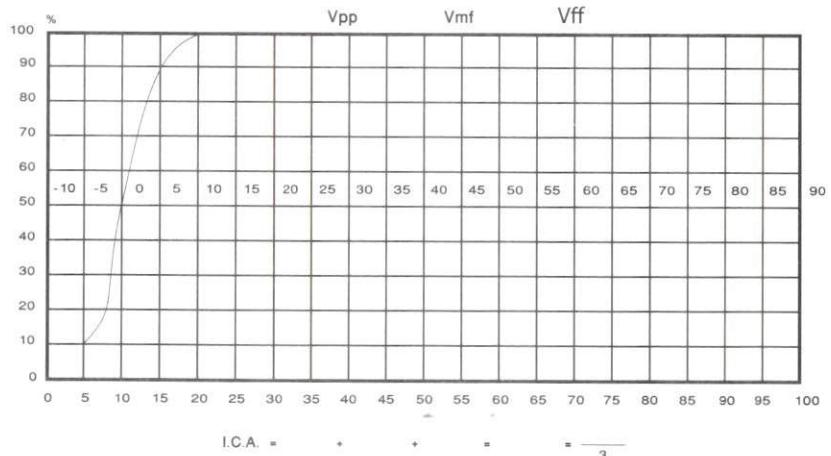


PERTE AUDITIVE

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



EPREUVES VOCALES



WEBER



OD : Oreille droite

OG : Oreille gauche

PAM : Perte auditive moyenne ,

I.A : Pourcentage d'incapacité auditive





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراقي
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 03^ Mr. BB

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

De Mr, Melle, Mme 2 NUMBER BOUTEILLE

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

DR. R MOUFFAK
C.O.R.L.
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 05 22 47 30 30 G) Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 09113928



A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن 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

Réf. T82
Mr, Melle, Mme, Enf

Le... 3.11.2022

Renseignements cliniques :, Vélibé Ranchor

Pour π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π PEA

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES





A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
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

2 NBER BOU ARA

Le 03/11/2005

Renseignements cliniques : Hypoacusie bénigne

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

P.E A

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Dr. R. MOUFFAK
Centre O.R.L de Diagnose et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 06 22 47 30 30 / 06 22 47 30 30
Fax: 06 22 20 18 85

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E A. FARABI
Centre O.R.L de Diagnose et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 06 22 47 30 30 / 06 22 47 30 30
Fax: 06 22 20 18 85