

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.

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.

Educational :

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.

Maladie chronique :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0046210

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6549 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITEE
Nom & Prénom : AJAKA KARIMA
Date de naissance : 23/10/1963
Adresse : 201 Route el Jadida
Tél. : 0661436472 Total des frais engagés : 1384 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: HESSISSSEN, 23 DEC. 2020, ACCUEIL]
Date de consultation : 10/12/2020
Nom et prénom du malade : AJAKA KARIMA Age : 37 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL
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) : /

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
16/12/20	en		3000	
16/12/20	12000		8000	
16/12/20	10000		10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2006	184,10

[illegible][illegible]

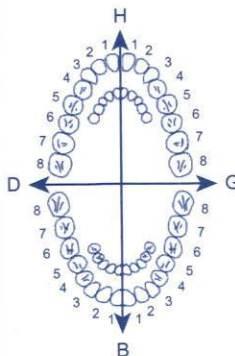
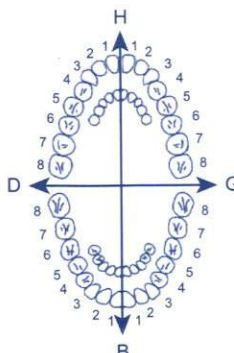
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

'ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS
Casablanca le 16/12/2020

Casablanca, le

Madame KARIMA AJAKA

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

BETASERC CP

1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS

VOGALENE SIROP

1CAS * 3 PAR JOUR

STILNOX COMP

1 CP LE SOIR * 3 JOURS

DORMIR SUR LE COTE G PDT 15 JOURS

RV 1 MOIS SAUF SI CRISE DE VERTIGES

Signé : Professeur HESSISSEN M A



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

Lot :
EXP :
PPV :

28,70

28,10

VOGALENE SIROP

1CAS * 3 PAR JOUR

T: 184,10

STILNOX COMP

1 CP LE SOIR * 3 JOURS

DORMIR SUR LE COTE G PDT 15 JOURS

RV 1 MOIS SAUF SI CRISE DE VERTIGES

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A.L. FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

78,00

PER 0522

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



AL FARABI

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

Casablanca, le 16/12/2020

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU DES

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Mlle ASAKA KARINA présente un
vertige positionnel paroxystique bénin par déplacement d'otolithes
nécessitant des manœuvres positionnelles libératoires.

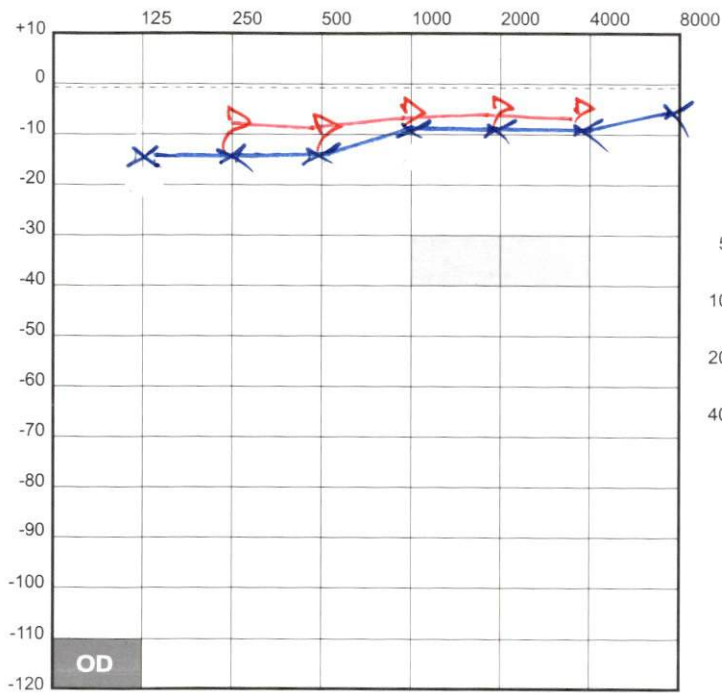


Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca
Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069



ORL
Diagnostic & Explorations

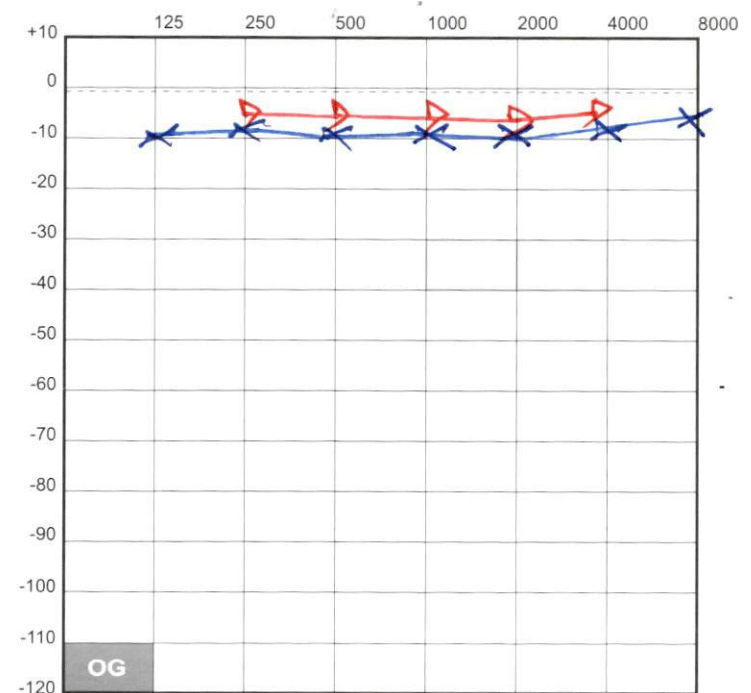
الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



I.A. D = %

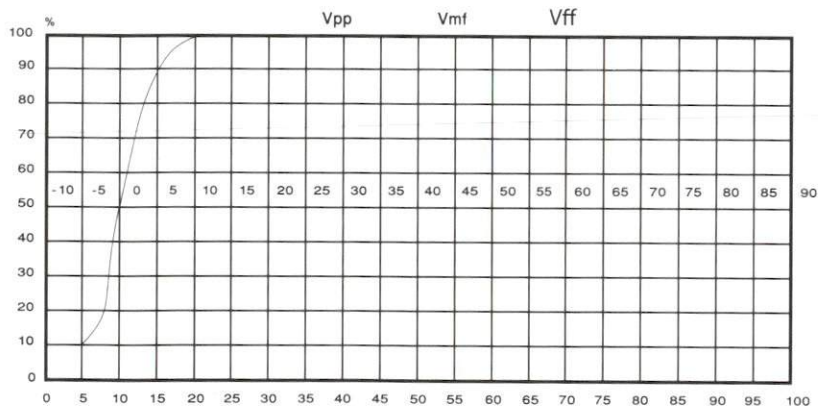
PERTE AUDITIVE

	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



I.C.A. = + + * *

WEBER

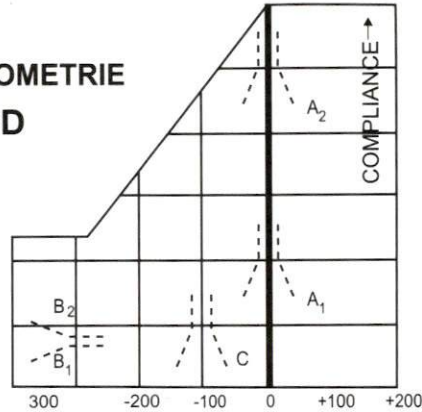


- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

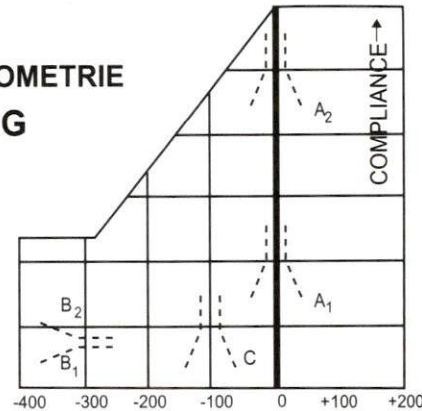


IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



REFLEXE STPEDIEN

Stim OD		Réflexe OG		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 أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
 CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

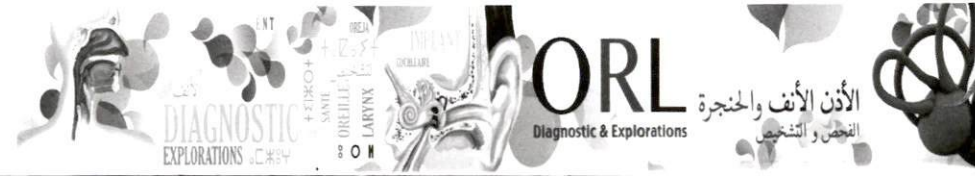
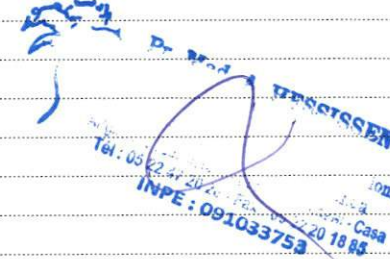
AUDIOGRAMME

NOM *ATAKA*

Prénom *Karim*

Date de naissance Date d'examen *18 DEC. 2020*

Observations





Pr. Med. A. HESSISSER
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E.A.L. TAKABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaures et Ibrahim Rougani - Casa
Tél: 05 22 47 20 21 Fax : 05 22 20 18 80
INPE : 091033753



مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن 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 16/12/20

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).



code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن 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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le.....

Renseignements cliniques :

Pour

π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π P E A

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

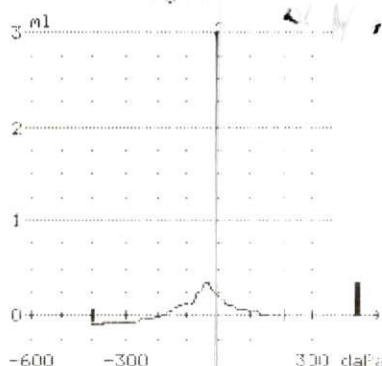
π MANŒUVRES POSITIONNELLES

Pr. Med. A. HESSISSEN
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
INPE : 091033753

AT235

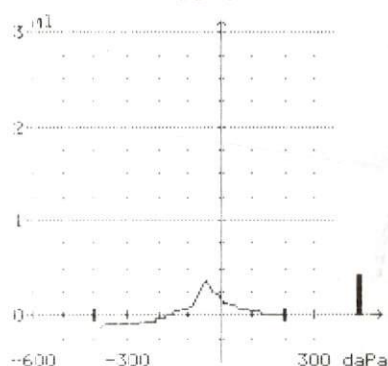
Tympanogram

Right



Ear Volume 0.33 ml
Compliance 0.35 ml
Pressure -49 daPa
Gradient 0.17 ml

Left



Ear Volume 0.42 ml
Compliance 0.36 ml
Pressure -53 daPa
Gradient 0.21 ml

Reflex

Right

Pressure -49 daPa

Sequence



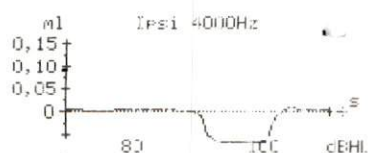
Sequence



Sequence



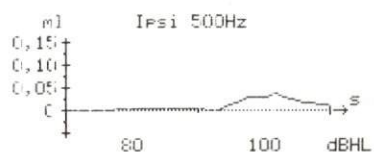
Sequence



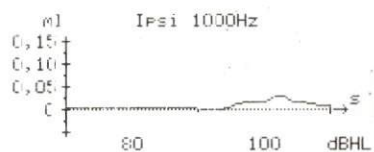
Left

Pressure -53 daPa

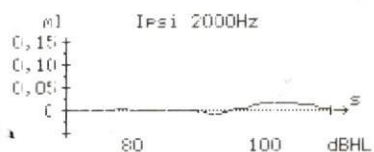
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

