

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.

Diagnostique 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° P19-0013345

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03282 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : BENJELLOUN NASSIR Date de naissance : 10.06.56
Adresse : 9 Rue TAHACHUCINE CASA
Tél. : 0663054744 Total des frais engagés : 2578,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/20

Nom et prénom du malade : TOUSSE A.

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

Nature de la maladie : AFFECTION

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : 18/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

53408

MUPRAS
28 DEC. 2020
ACCUEIL
051091439

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18/12/2012	Consultation	3000		
18/12/2012	Exécution des ordonnances	2000		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
Pharmacie de Picardie Mme. BENBRAHIM 12, Rue Badr Assaoui - Oued El Ghazal Casablanca 20720	18/12/2012	220,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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 :

Veillez 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D		B																										
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

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

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

Pharmacie de Picardie
Mme. BENBRAHIM Alima
12, Rue Badr Assayab - Quartier Gauthier
Casablanca
Tél : 05 22 20 18 85

Casablanca, le

18/12/2011

78,00

78,00

Betaserc

1431

Tanfanel

1431

51,00

Dafniel B16

14620

99,00

= 228,00

Sans PV

MB763 0623

LOT PER

Prix

99,00

99,00

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

18/12/2020

Casablanca, le

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU

VIDEONYSTAGMOGRAPHIQUE

MME MOUFID YOUSRA

- Pas de nystagmus spontané
- Test de saccade oculaire normal
- Poursuite oculaire normale
- Léger déficit droit non compensé.
- Pas de signes centraux.



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

Dr. Abdelkrim LAMRANI
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

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

note d'honorerai

Dr. Lamrani.

500, 0k



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

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A.L. FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès, Avenue El Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
Info : 0522 47 32 32



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

Le... 18/12/20

Renseignements cliniques :

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☒ PEA

☒ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☒ MANŒUVRES POSITIONNELLES

☒ VHIT

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 : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85
INPE : 091091439



CODE SPECIALISEE AL FARABI

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

FACTURE N° : 166/2020
NOM - PRENOM : MOUFID YOUSRA

ACTES MEDICAUX			HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION				
VNG		1000,00	DR LAMRANI	500,00
MANŒUVRES				
AUDIOGRAMME		500		
VIH				
FRAIS CLINIQUE		1500,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
TOTAL GENERAL			2 000,00	
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE				
DEUX MILLE DHS				
CASABLANCA LE 18/12/2020				
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				

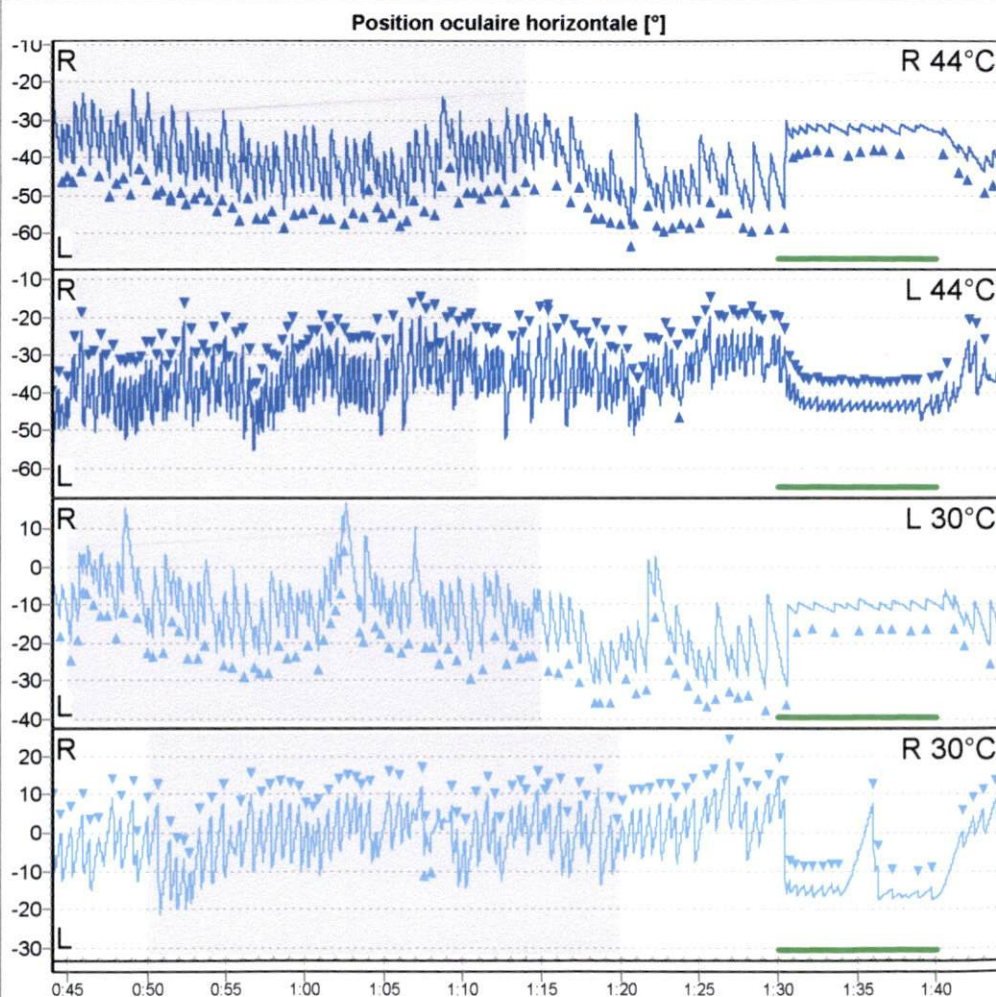
Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

Patient: MOUFID
Prénom: YOUSRA
Date de naissance: 28/02/1965
Session: Défaut

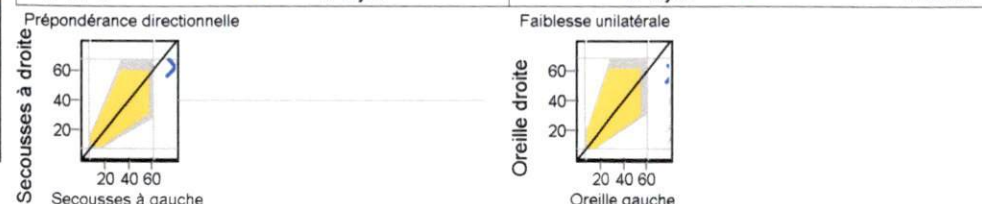
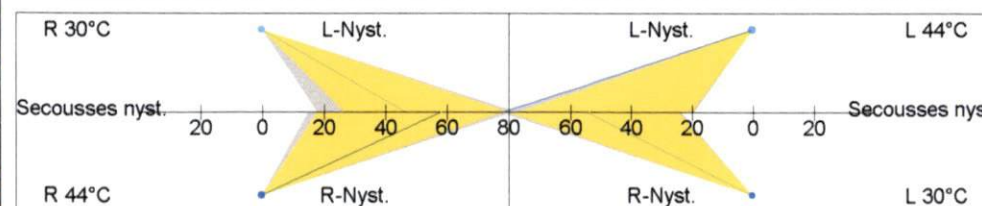
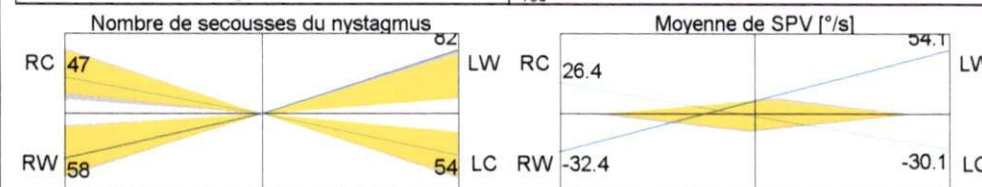
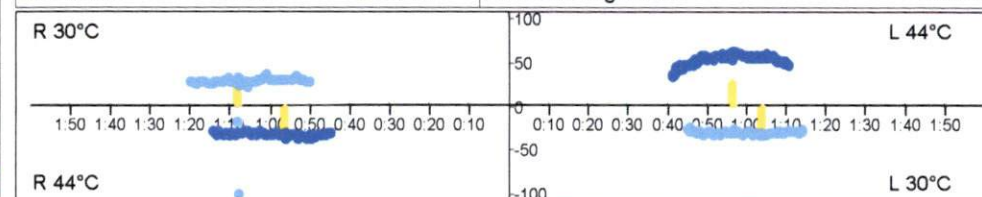
Test: Calorique
Date: 18/12/2020
Masquer: Firewire mask
Oeil:
Etalon...: none

Notes test:

DR. A. LAMRANI O.R.T.
C.C.D.E AL FARABI
7, Rue Jean Jaurès - 30 000 Nîmes (Gard)
Tél : 04 67 33 47 30 30 (8 L.G.)
Fax : 0522 20 18 85



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	
R 44°C:	-32.4	12 %	Oreille droite :	58.78°/s
L 44°C:	54.1	22 %	Oreille gauche :	84.19°/s
L 30°C:	-30.1	10 %	Prépondérance direc.:	13% gauche
R 30°C:	26.4	26 %	Secousses à droite :	62.53°/s
SPV total :	143.0	SPN:0.0	Secousses à gauche :	80.44°/s



Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

Dr. A. LAMRANI O.R.L



Patient: MOUFID
Prénom: YOUSRA
Date de naissance: 28/02/1965
Session: Défaut

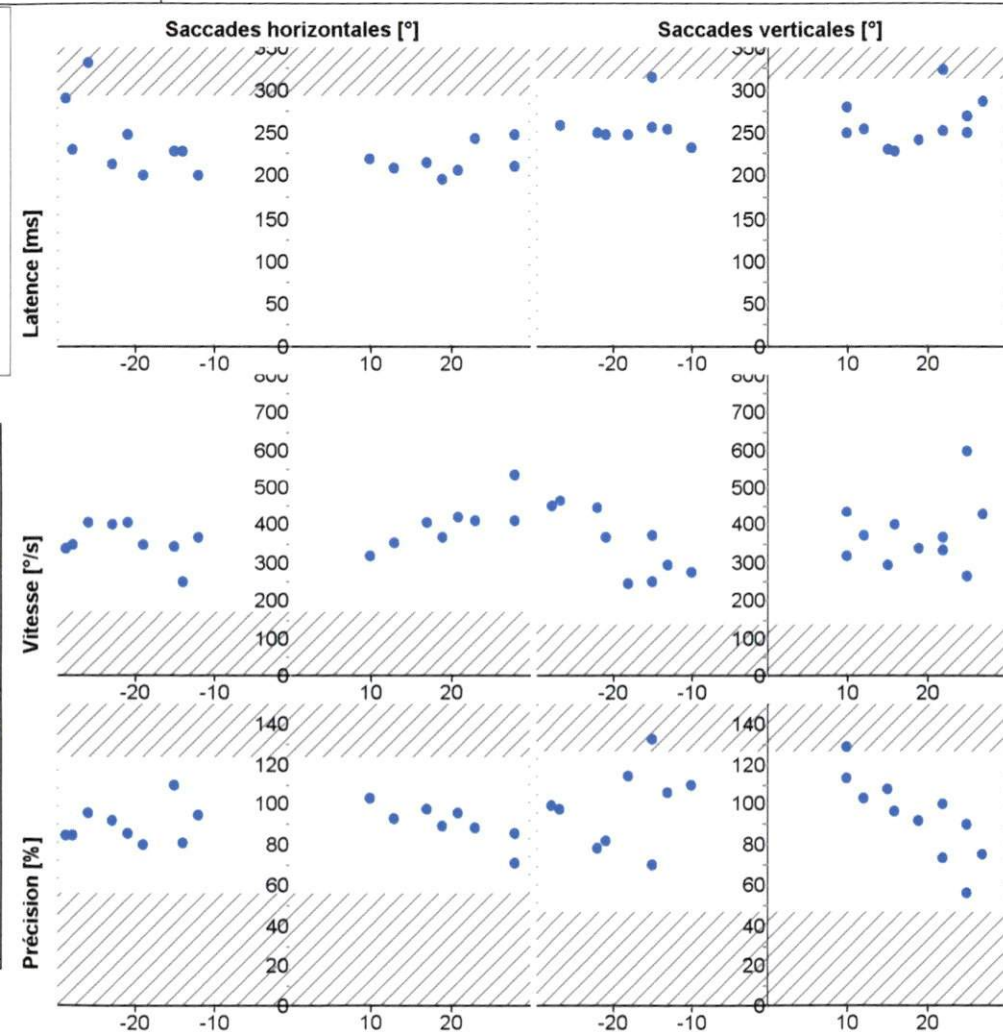
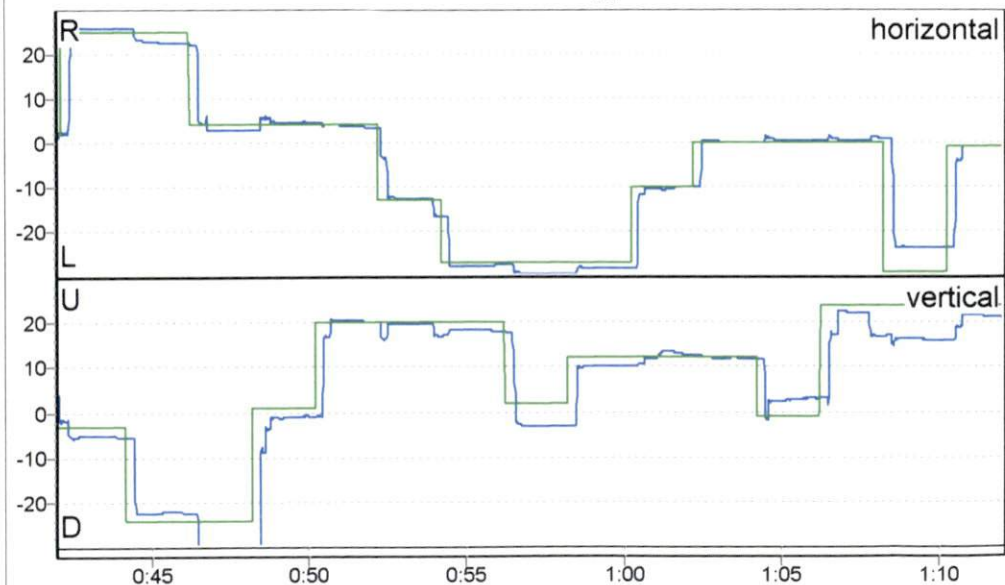
Test: Saccade
Date: 18/12/2020
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon...: none

Notes test:

C.O.D.E AL FARABI
Boulevard Jaurès - 20 000 Casablanca
Tél : 65 22 47 30 30 (8 L.G)
Fax : 65 22 20 18 85

	Gauche	Droite	Bas	Haut
Mouvement de la cible	11	12	12	12
Oeil gauche				
Saccades acceptées	9	8	9	11
Latence [ms]	242	219	270	261
Vitesse [°/s]	357	404	353	379
Précision [%]	90	90	99	94
Oeil droit				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---

Position oeil/cible [°]



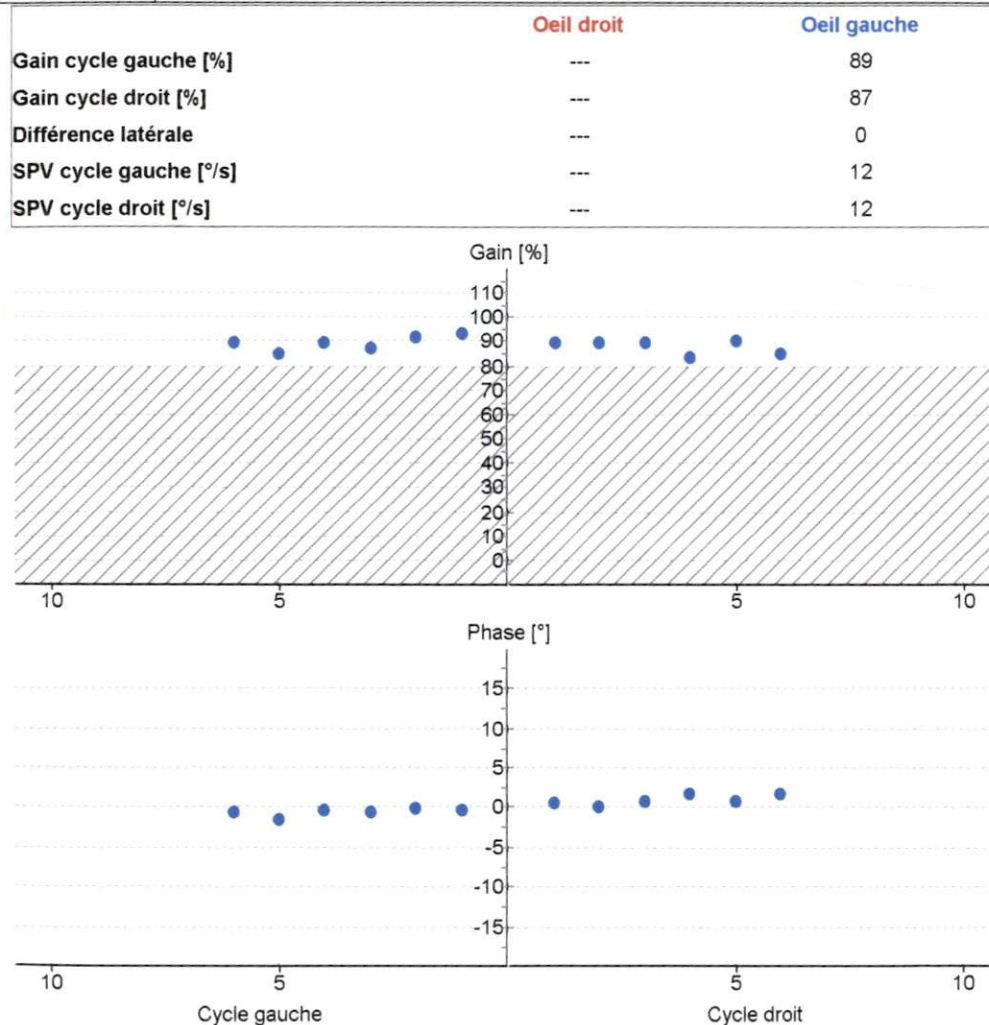
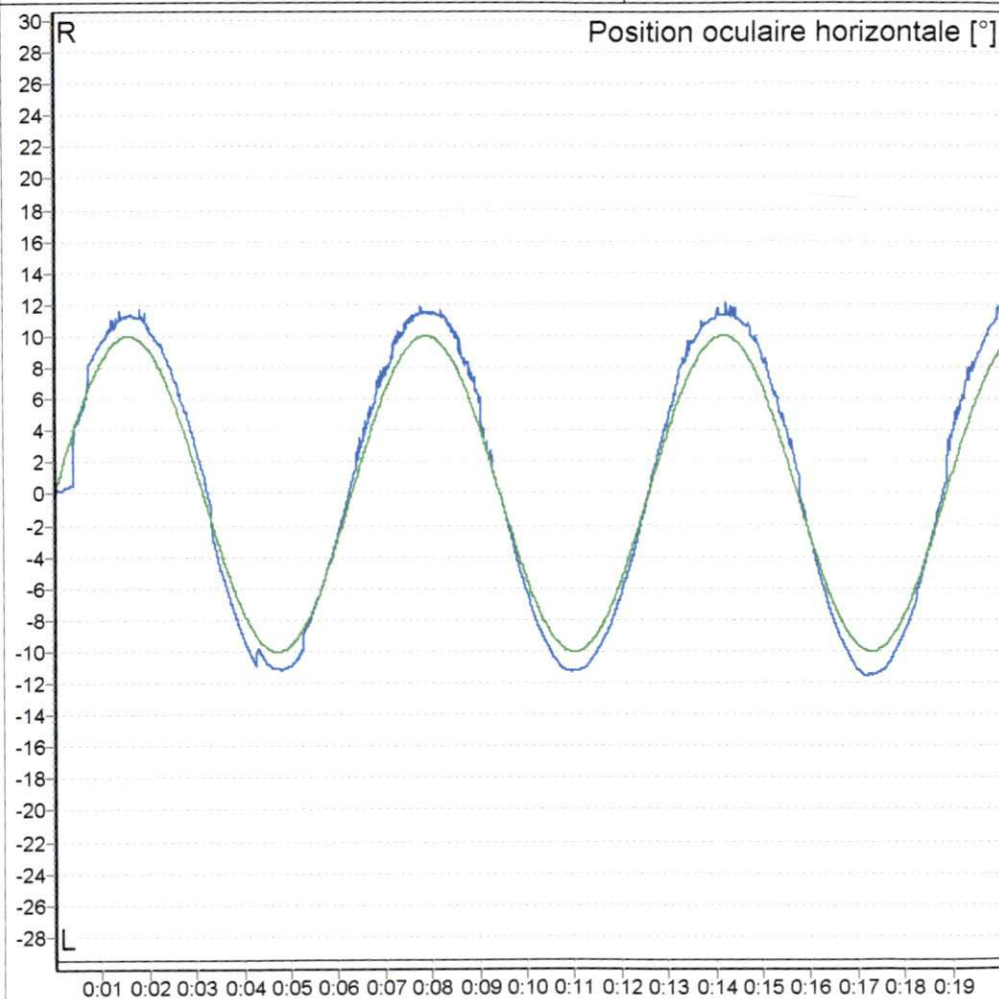


Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

Patient: MOUFID
Prénom: YOUSRA
Date de naissance: 28/02/1965
Session: Défaut

Test: Poursuite
Date: 18/12/2020
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon...: none

Notes test:



Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

Dr. A. LAMRANI O.R.L.
C.O.D.E AL FARABI
Jean Jaurès - 20 000 Casablanca
Tel : 05 22 47 30 30 (8 L.G)
Fax : 0522 20 18 85

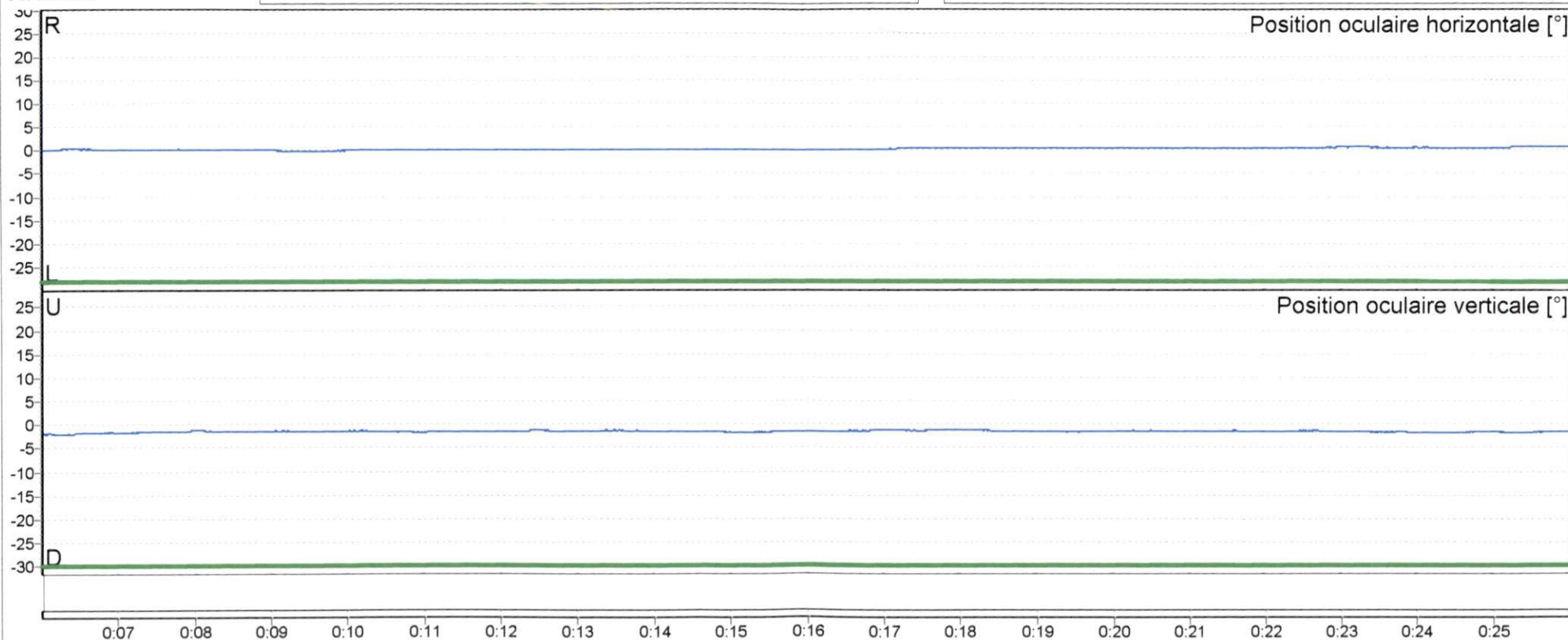


Patient: MOUFID
Prénom: YOUSRA
Date de naissance: 28/02/1965
Session: Défaut

Test: Nystagmus spontané
Date: 18/12/2020
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon...: none

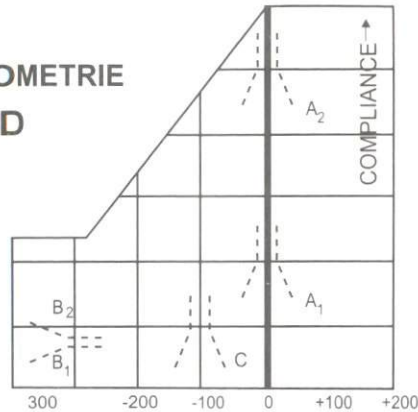
Notes test:

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

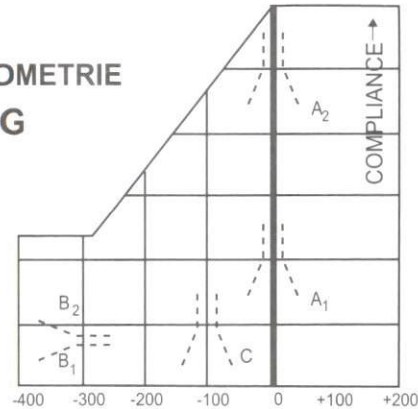


IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



REFLEXE STPEDIEN

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

Stim OG	Réflexe OD
500 Hz = dB	
1000 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 *Toufid*

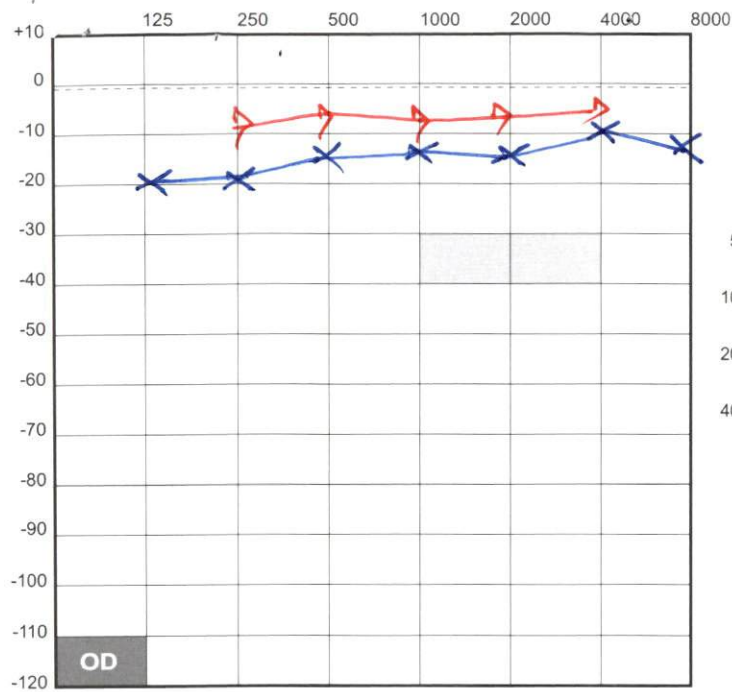
Prénom *Yusra*

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

Observations

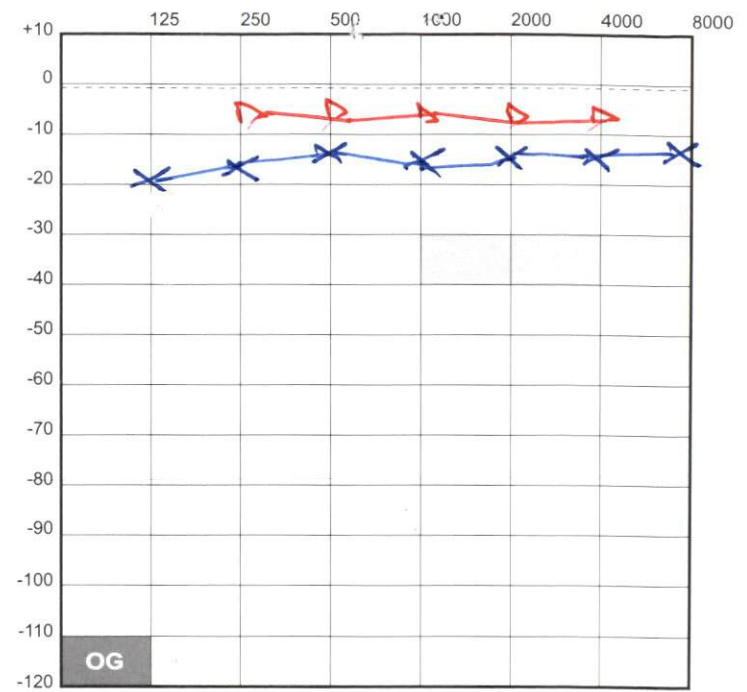
Dr. A. LAMRANI O.R.L
C.O.D.E AL FARABI
Tél : 05 22 47 30 00 (L.S)
Fax : 05 22 20 18 85





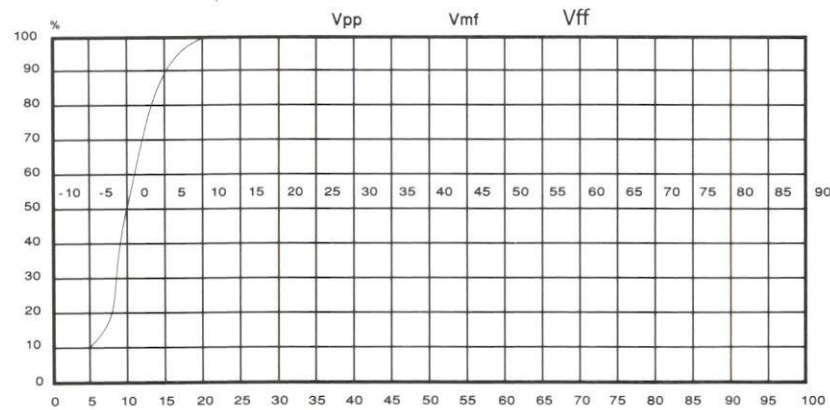
I.A. D = %

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



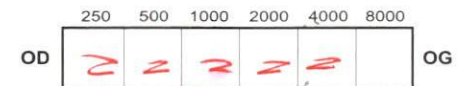
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + + = = 3

WEBER



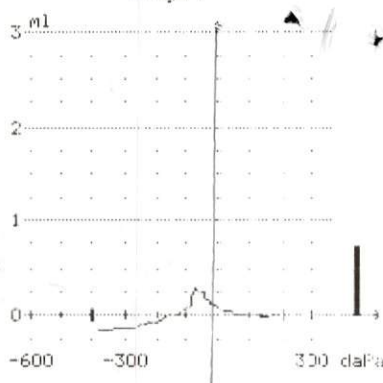
- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A. : Pourcentage d'incapacité auditive



AT235

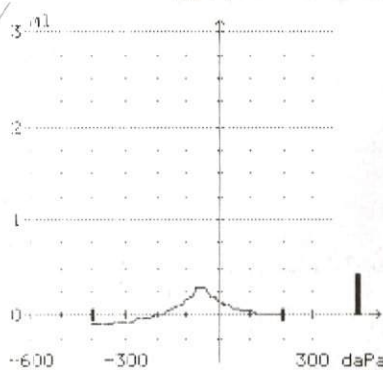
Tyrapanogram

Right



Ear Volume 0.74 ml
Compliance 0.27 ml
Pressure -73 daPa
Gradient 0.15 ml

Left



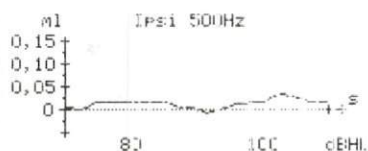
Ear Volume 0.44 ml
Compliance 0.29 ml
Pressure -70 daPa
Gradient 0.14 ml

Reflex

Right

Pressure -73 daPa

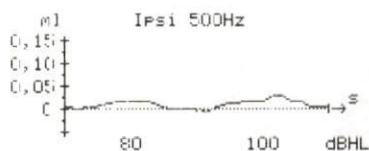
Sequence



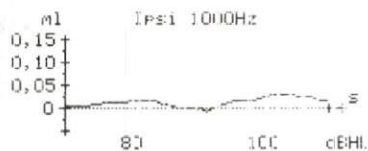
Left

Pressure -70 daPa

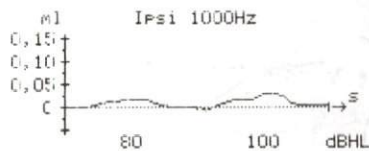
Sequence



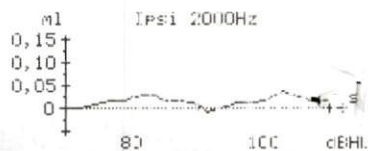
Sequence



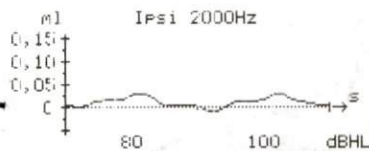
Sequence



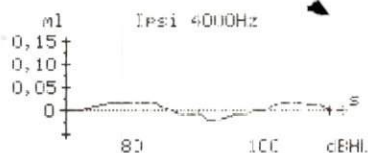
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence

