

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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

Nº M21- 042929

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNAJI MOSTAF A

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mostapha 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21- 42929

Remplissez ce volet; découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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

La 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° W19-600438

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3249

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNAWI MUSTAFA

Date de naissance : 24-09-1957

Adresse : 3 Rue HAFID IBRAHIM CAP3 CASABLANCA

Tél. : 0661186456

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/09/2011

15.5.2011

Age : 54

Conjoint

Enfant

PT. H. CHELLY

MUSTAFA BENNAWI

MUPRAS

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
24/11/21	Professeur H. CHELLY O.R.C	C 201 K 10	600 M	INP : [REDACTED] Pr. H. CHELLY O.R.C. Casablanca INP : [REDACTED] Fax : 05 22 30 18 85
27/01/21	Pr. H. CHELLY O.R.C Clinique Spécialisée Al Farabi	15000 DT		INP : [REDACTED] Fax : 05 22 30 18 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAUD 27, Rue Moulay Ismaïl Casablanca Gauthier Tél : 05 22 26 42 12	30/01	29500 D.L.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CAVIE MATERIEL MEDICAL Vente en Magasin CASABLANCA Télé : 60 BOULEVARD MOURID BOURG Signature : [REDACTED]	30/01/21					75,15

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'indiquant la nature des soins.
Important : 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	INP : [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]															
	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]															
	DATE DU DEVIS [REDACTED]															
	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

Monsieur MOSTAFA BENNANI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

9000 X5

LECTIL 16 mg

1 cp matin et soir pendant 1 mois

EXTRAMAG

1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

9800

RECOMMANDATIONS

- 1 - Dormir sur le côté qui ne déclenche pas le vertige
- 2 - Eviter les mouvements brusques de la tête
- 3 - Ne pas porter son regard vers le haut en inclinant la tête
- 4 -Ne pas se retourner brusquement
- 5 - Eviter la conduite aux heures d'affluence
- 6- Prière en position assise pendant au moins 10 jours



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
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Professeur H. CHELLY



Pf. H. CHELLY
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
INPI : 091040949

Date de fabrication :
COOPER PHARMA
PPC: 95,00 DH

05/2020
06/2020
05/2020
05/2020

V001 - 01/19
ETEXMAC030CP
3 60162 579741

IL® 16 mg

40,00

16 mg
1 comprimé sécable

ral).

atif avec ou sans signe cochléaire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament.
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

Effets indésirables :

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

Précautions d'emploi :

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque de bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

Allaitement :

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

Surdosages :

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

Mode d'emploi et posologie :

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

Forme et présentation :

Boîte de 30 Comprimés sécables

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L BOUCHARA-RECORDATI

IL® 16 mg

40,00

16 mg
1 comprimé sécable

.ral).

atif avec ou sans signe cochléaire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament.
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

Effets indésirables :

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

Précautions d'emploi :

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque de bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

Allaitement :

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

Surdosages :

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

Mode d'emploi et posologie :

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

Forme et présentation :

Boîte de 30 Comprimés sécables

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L BOUCHARA-RECORDATI

IL® 16 mg

40,00

16 mg
1 comprimé sécable

.ral).

atif avec ou sans signe cochléaire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament.
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

Effets indésirables :

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

Précautions d'emploi :

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque de bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

Allaitement :

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

Surdosages :

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

Mode d'emploi et posologie :

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

Forme et présentation :

Boîte de 30 Comprimés sécables

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L BOUCHARA-RECORDATI

IL® 16 mg

40,00

16 mg
1 comprimé sécable

.ral).

atif avec ou sans signe cochléaire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament.
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

Effets indésirables :

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

Précautions d'emploi :

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque de bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

Allaitement :

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

Surdosages :

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

Mode d'emploi et posologie :

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

Forme et présentation :

Boîte de 30 Comprimés sécables

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L BOUCHARA-RECORDATI

IL® 16 mg

40,00

16 mg
1 comprimé sécable

.ral).

atif avec ou sans signe cochléaire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à l'un des composants de ce médicament.
- Ulcère gastroduodénal en poussée.
- Phéochromocytome

Effets indésirables :

Il a été rapporté, très rarement, des cas de gastralgies.

Précautions d'emploi :

Chez les asthmatiques, l'administration de bétahistine nécessite une surveillance particulière (risque de bronchoconstriction).

La prise du médicament au milieu des repas permet d'éviter des gastralgies.

En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre-indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de la malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

Grossesse :

Par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la bétahistine pendant la grossesse.

Allaitement :

L'allaitement est déconseillé pendant la prise de bétahistine.

Surdosages :

Symptômes analogues à ceux provoqués par l'histamine.

Administrer un traitement antihistaminique.

Mode d'emploi et posologie :

la posologie usuelle est de 1/2 à 1 comprimé 3 fois par jour, sans dépasser 3 comprimés soit 48 mg de bétahistine par jour.

La durée du traitement recommandée est de 2 à 3 mois, à renouveler éventuellement, suivant l'évolution de la maladie, en cures continues ou discontinues.

Les comprimés doivent être avalés sans être croqués avec un verre d'eau au cours des repas.

Forme et présentation :

Boîte de 30 Comprimés sécables

Liste I (Tableau A)

PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
S/L BOUCHARA-RECORDATI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



Angie
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

Casablanca, le

Note d'Amour

Pr. chefly.

500, 012

Professeur H. CHELLY O.R.L
Clinique Spécialisée Al Farabi
7, rue Jean Jaurès - 20 060 Casablanca
Tel: 05.22.47.30.20 (8 L.G.)
Fax: 05.22.20.18.85

Casablanca, le

Monsieur

MOSTAFA

BENNANI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Gains et vitesse dans les limites de la normale
Pas d'atteinte canalaire
Epreuve des 6 canaux sans particularité

Professeur H. CHELLY



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

cliniquespecialiseelfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069



ENT
ORL
DIAGNOSTIC
EXPLORATIONS



ORL
Diagnostic & Explorations

الأنف الأنف والحنجرة
التحقق والتثبيط



Casablanca, le

Monsieur

MOSTAFA BENNANI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

**COLLIER CERVICAL SOUPLE
ajusté**

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin (G1)
Non valide pour toute autre transaction
60, BOULEVARD GHANDI - CASABLANCA
Tél : 05 22 94 50 43 / Fax : 05 22 94 20 40
75,19

A porter **TROIS JOURS** suivant la manoeuvre libératoire
A retirer pendant le sommeil



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

cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Professeur H. CHELLY


Pr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949

Casablanca, le

30 / 1 / 1421 -

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

M^r *Moustafa Seoudi* présente un vertige positionnel paroxystique bénin par déplacement d'otolites 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

Professeur Hassan CHELLY

H. CHELLY
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 : 091040949

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص و التشخيص



CODE SPECIALISEE AL FARABI

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

FACTURE N° 55/2021
NOM - PRENOM : BENNANI MOSTAPHA

ACTES MEDICAUX		HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION			
VHIT	1000,00	DR CHELLY	500,00
MANOEUVRES			
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 27/01/2021			
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			



A+I

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن 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, Enf

.....Moustafa.....BEN NAM.

Le.....30/1/2021

Renseignements cliniques :sd.....Canal a-e

Arsho : 45

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT





مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن 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

NOTE D'HONORAIRES

Le 24/11/2001

Reçu la somme de

600,00 M.M. Sidi Bent DAT
Bennoui M. Stéphane

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (K10) pour microaspiration pour
bouchon de cérumen

PIERRE CHELLY
Centre O.R.L Diagnostic et Explorations
C.O.D.E Al Farabi, Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85
INPK : 022 20 18 85



Name:
Birthdate:

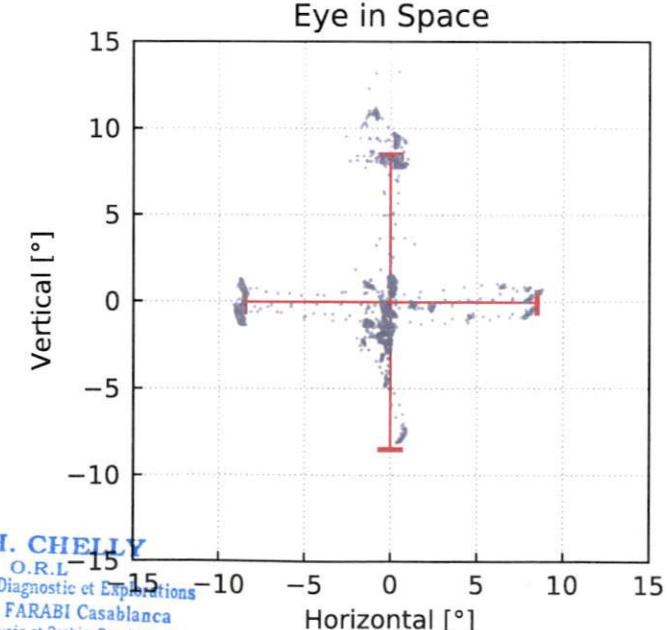
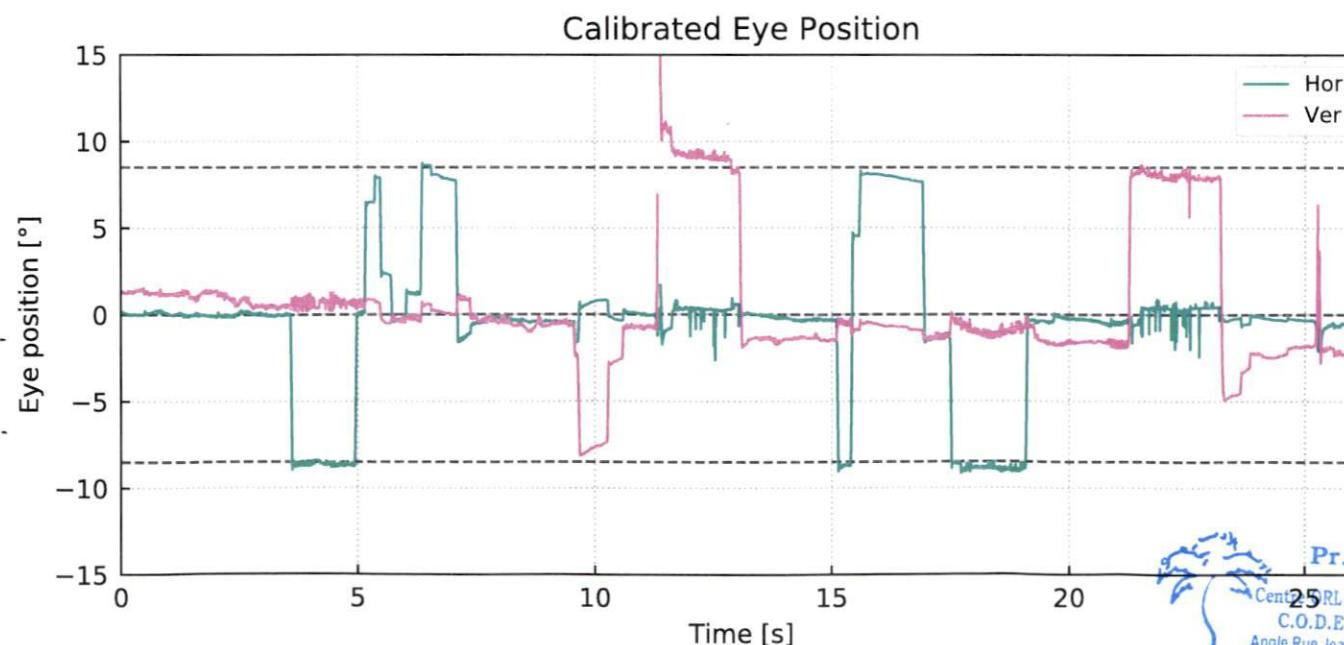
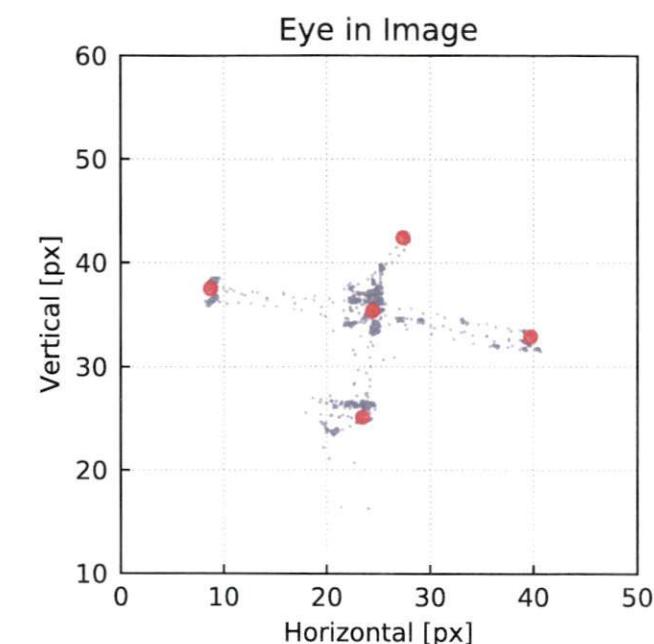
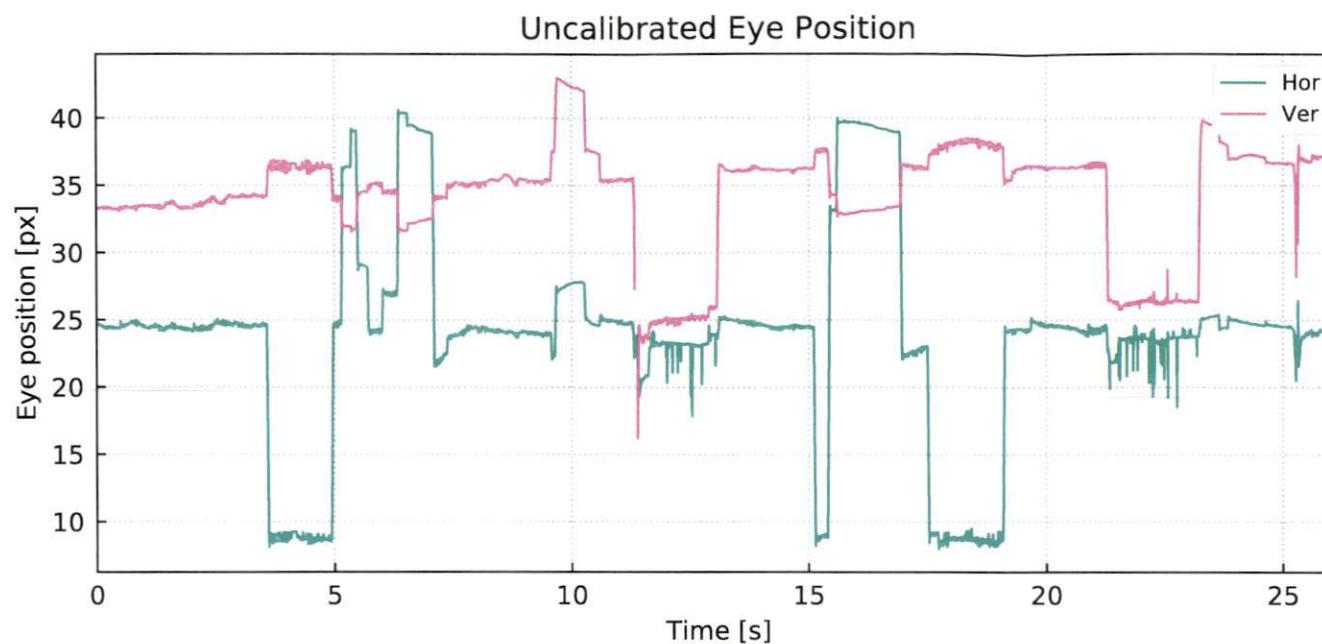
MOSTAFA BENNANI
1957-09-24

Test:
Variant:

Calibration
Standard

Date:
Person ID:

2021-01-26 21:16:12
42





Name: _____
Birthdate: _____

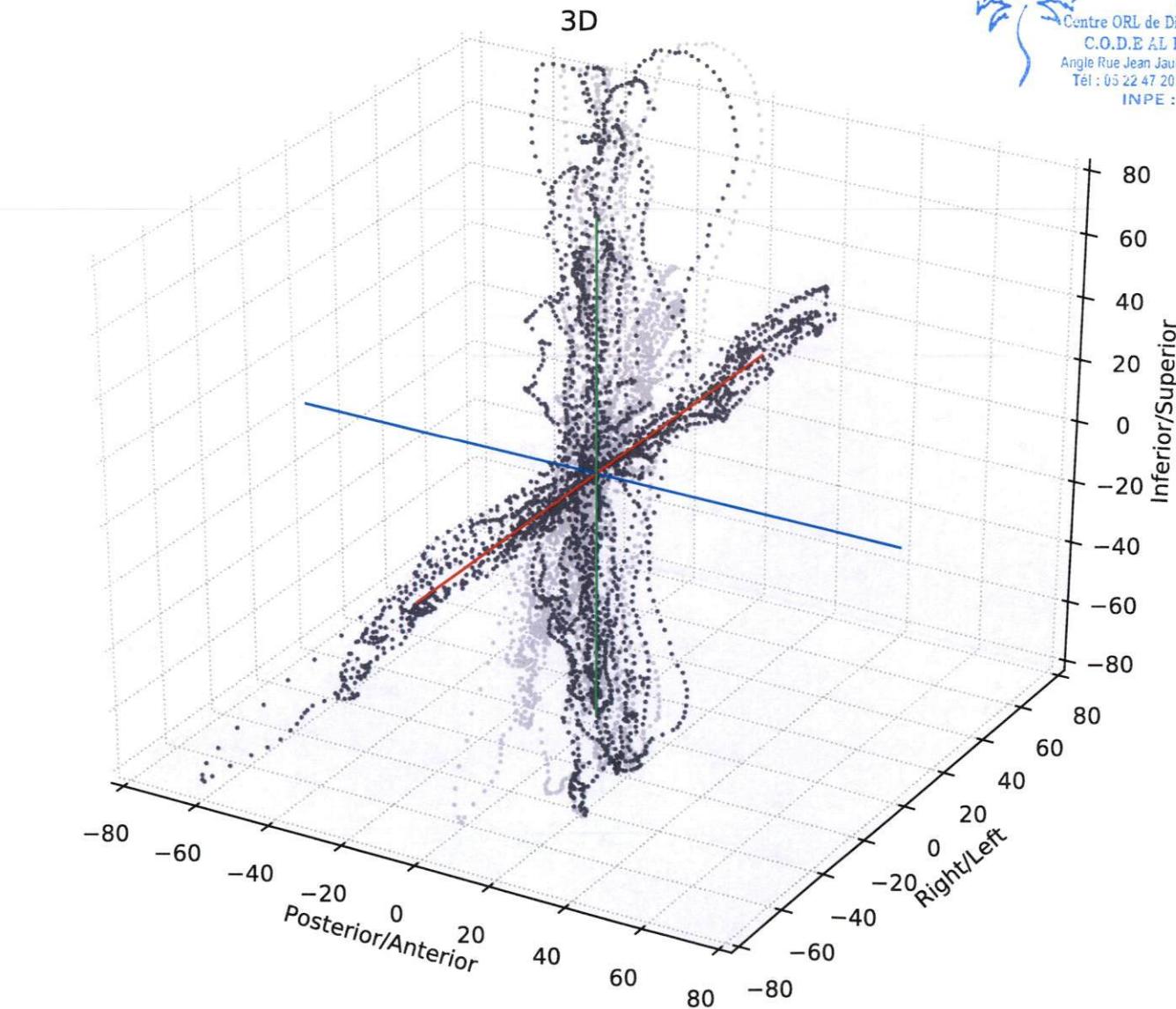
MOSTAFA BENNANI
1957-09-24

Test:
Variant:

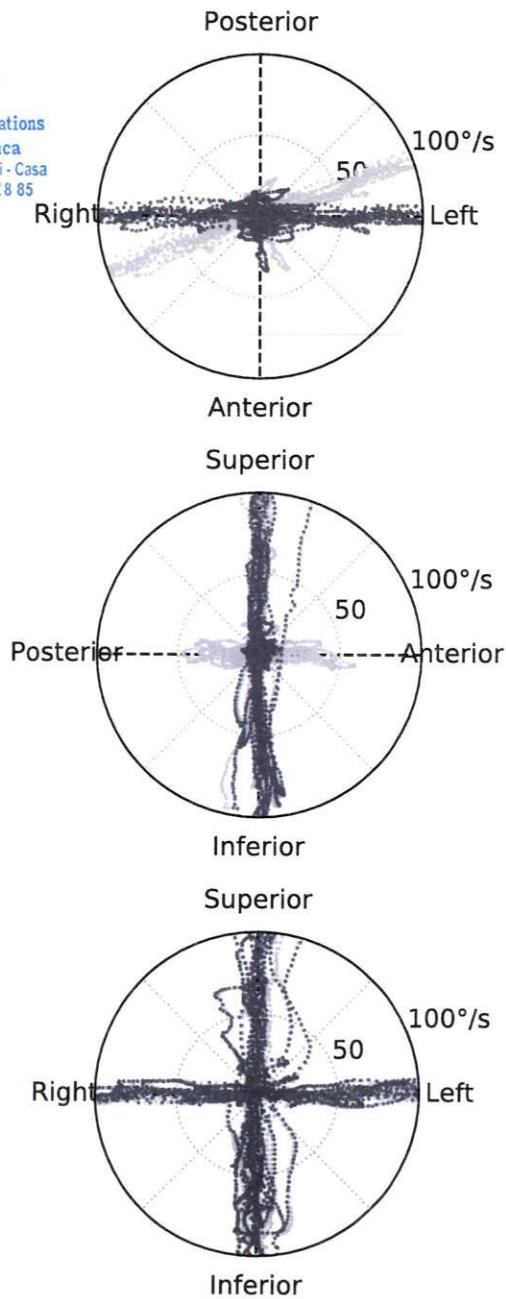
Calibration
Head

Date:
Person ID:

2021-01-26 21:17:02
42



Pr. H. CHELLY
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 : 091040949

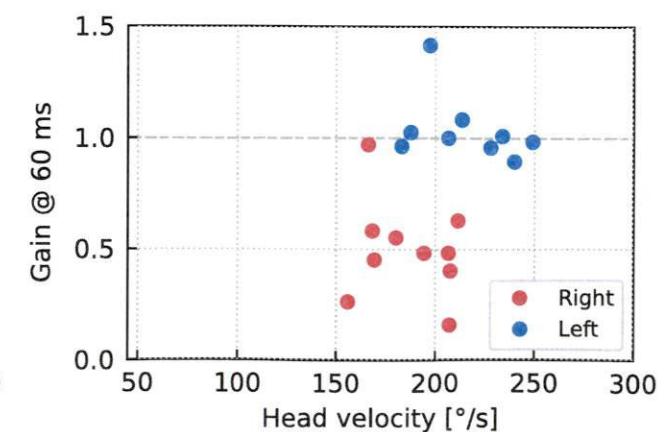
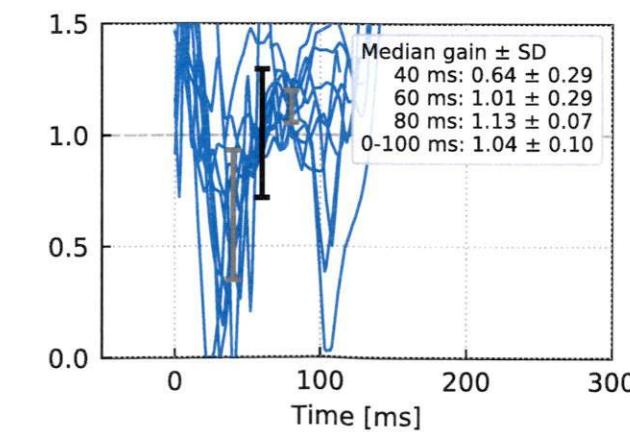
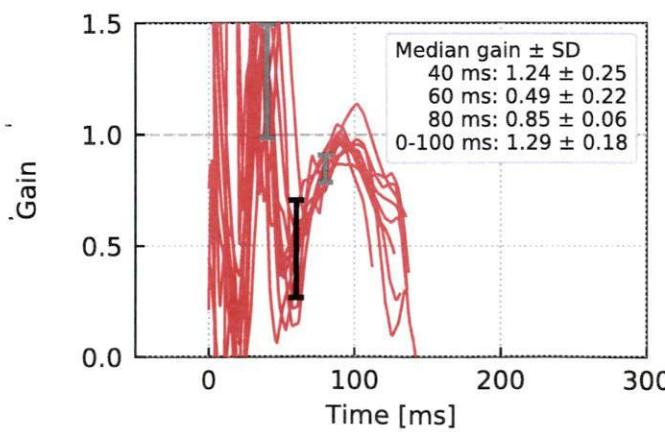
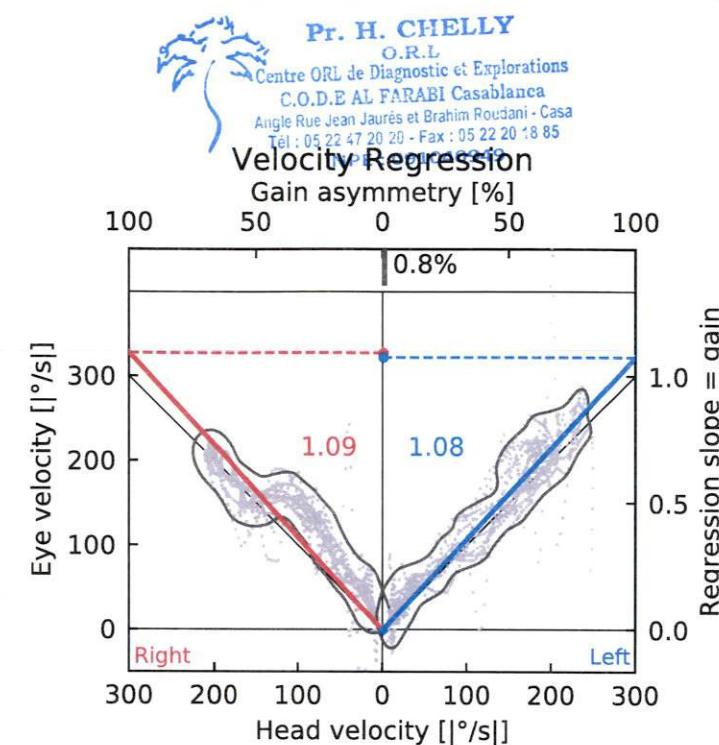
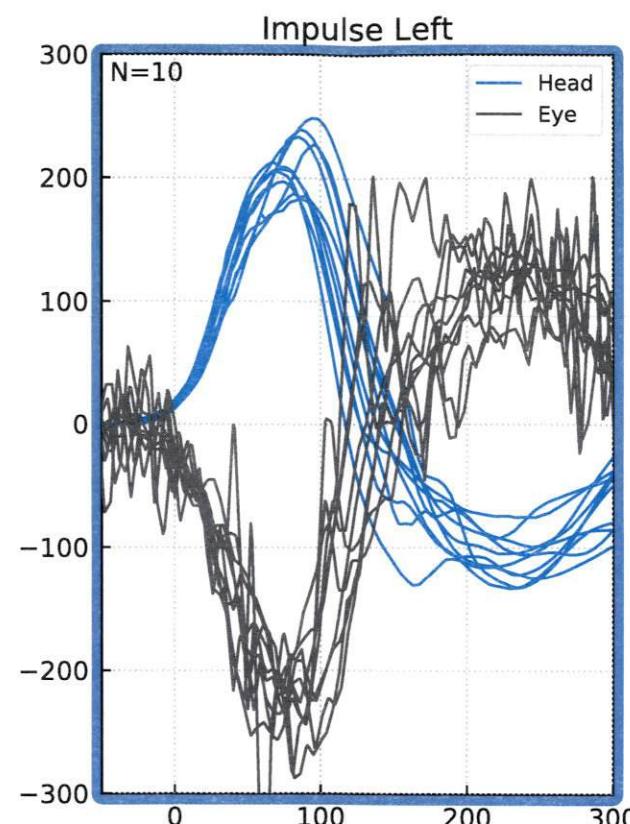
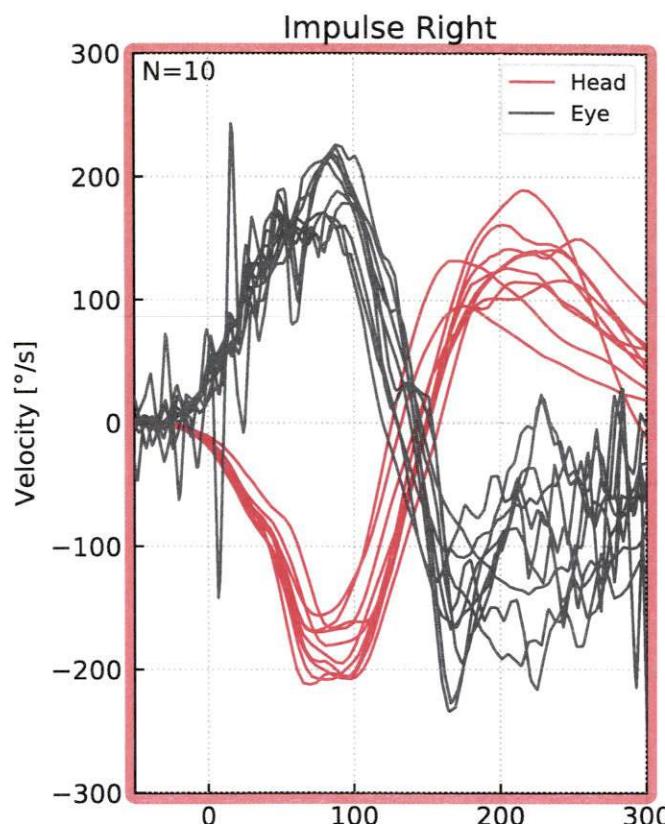




Name: MOSTAFA BENNANI
Birthdate: 1957-09-24

Test: Head Impulse
Variant: Lateral

Date: 2021-01-26 21:17:25
Person ID: 42

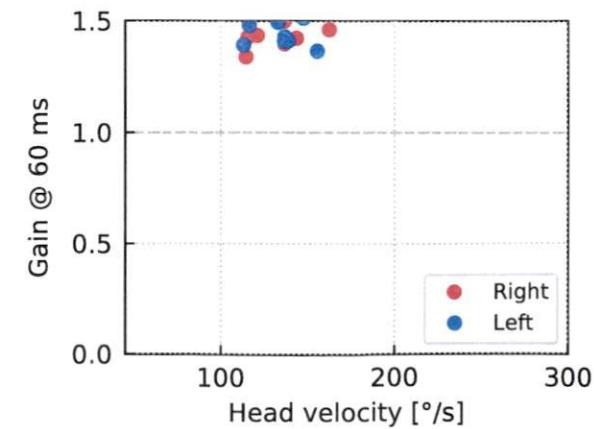
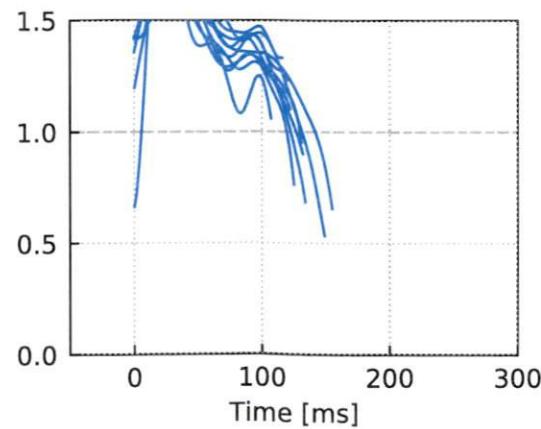
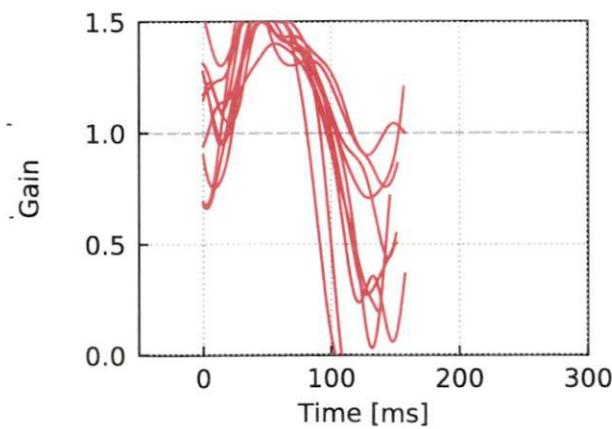
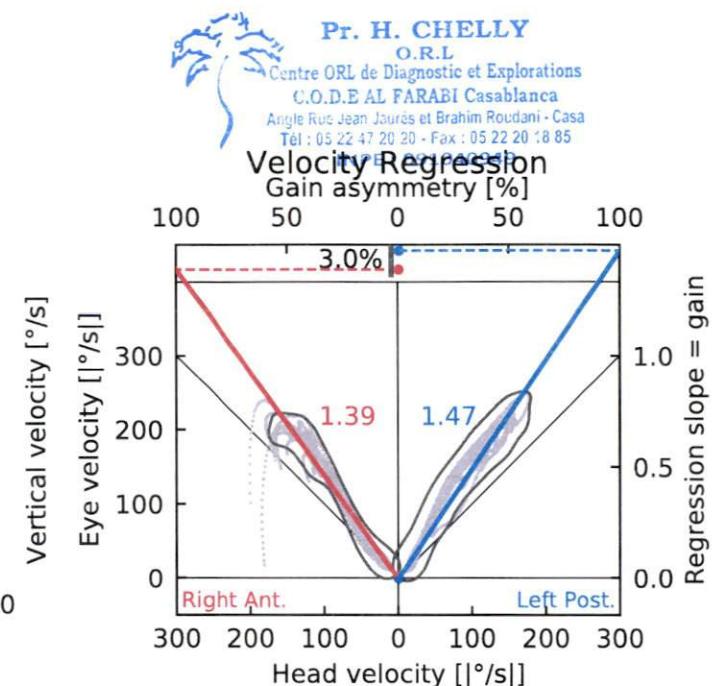
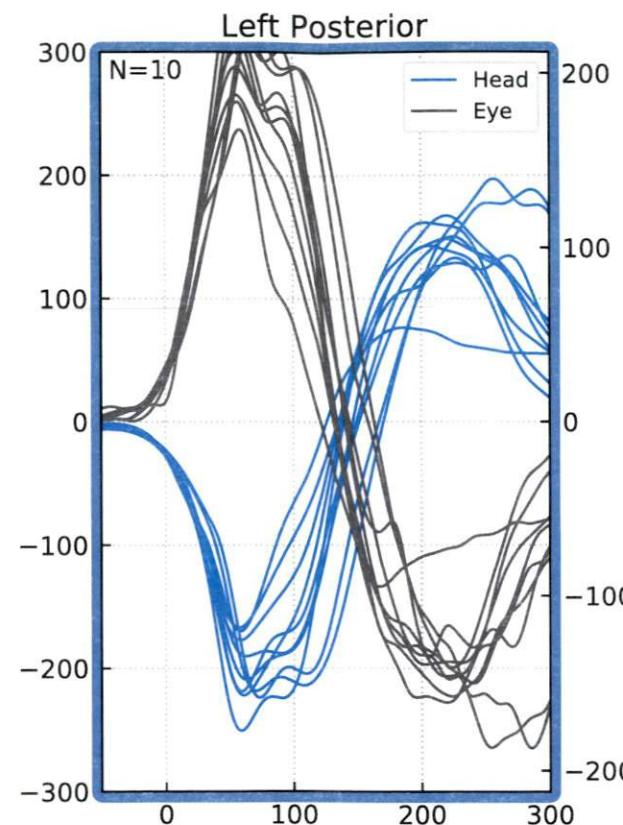
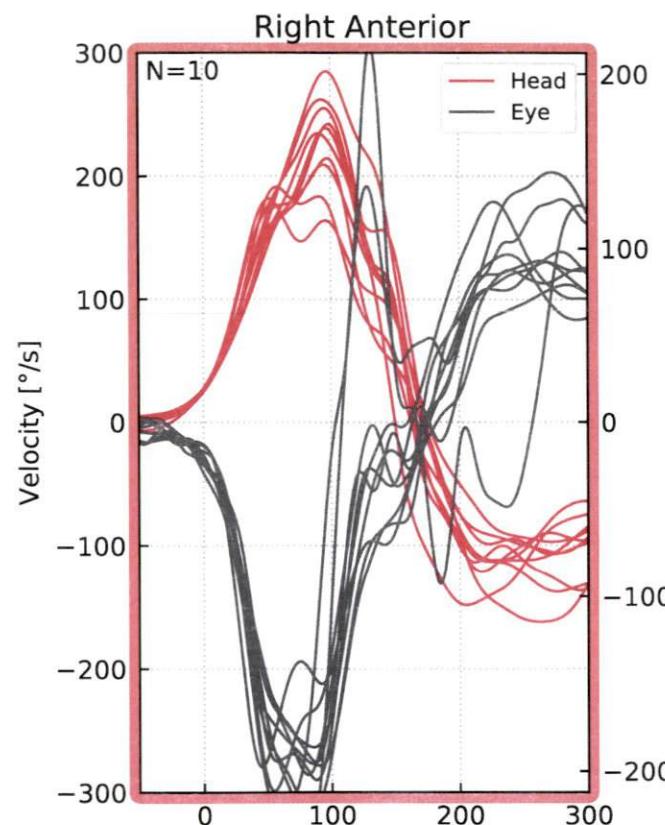




Name: MOSTAFA BENNANI
Birthdate: 1957-09-24

Test: Head Impulse
Variant: RALP

Date: 2021-01-26 21:18:20
Person ID: 42





ICE : 001526686000016

Facture

UF21000014748

CASABLANCA

Le, 30/01/21

DEPOT GHANDI

Agent commercial : HAMZA

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

MR MOSTAFA BENNANI

Clients Comptoirs Ghandi

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
239383	2	COLLIER ORTEL C1 CLASSIC G2 8CM T3	1,00	75,00	0%	75,00	75,00

Code	Base	Taux	Montant
2	62,50	20%	12,50
Total	62,50		12,50

Total HT	62,50
Total TVA	12,50
Total TTC	75,00
Timbre :	0,19

Total TTC Timbre **75,19**

Arrêtée la présente Facture à la somme de **TTC + TIMBRE**:

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun [face hôpital 20 Août], quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89/05 22 86 16 83/05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43/05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 98/05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux.Tél : 05 22 47 63 70/05 22 47 48 30

RABAT

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abta, Inaoui et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz .Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11 rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MOHAMMEDIA Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre .Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84

MARRAKECH Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guétiz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

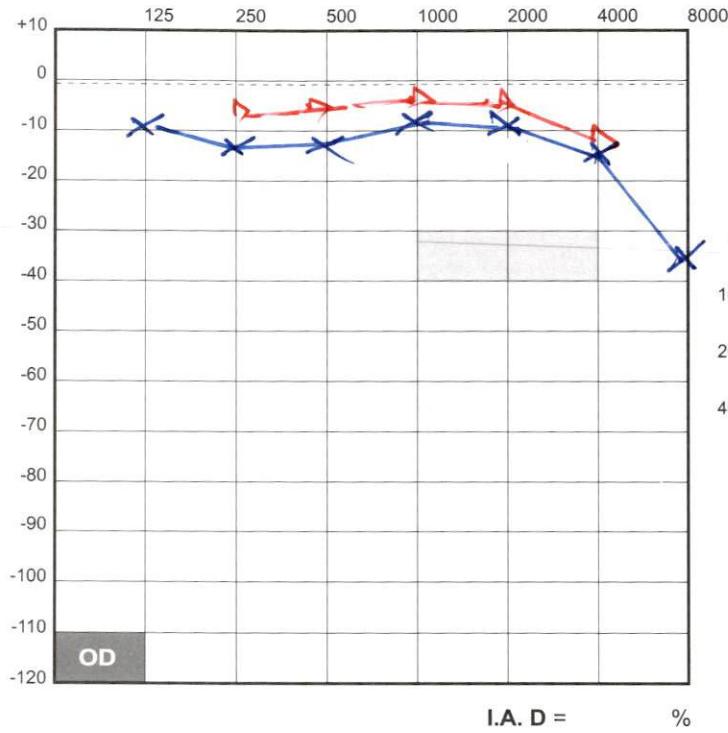
AGADIR Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

KÉNITRA Angle Avenue Ahmed Dion et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28/05 37 37 74 75

FÈS Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibhi [en face de central banque chaabil] Tél : 05 35 62 51 62/05 35 62 51 61

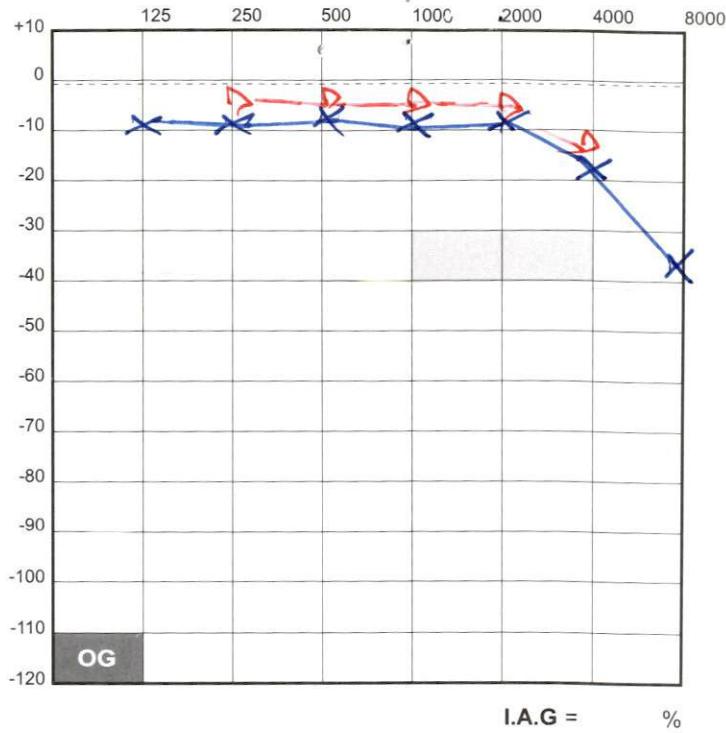
MEKNÈS 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh , Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13

TANGER 6, résidence Saghinia 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia , Tanger Tél : 05 39 33 55 / 05 39 33 22 22

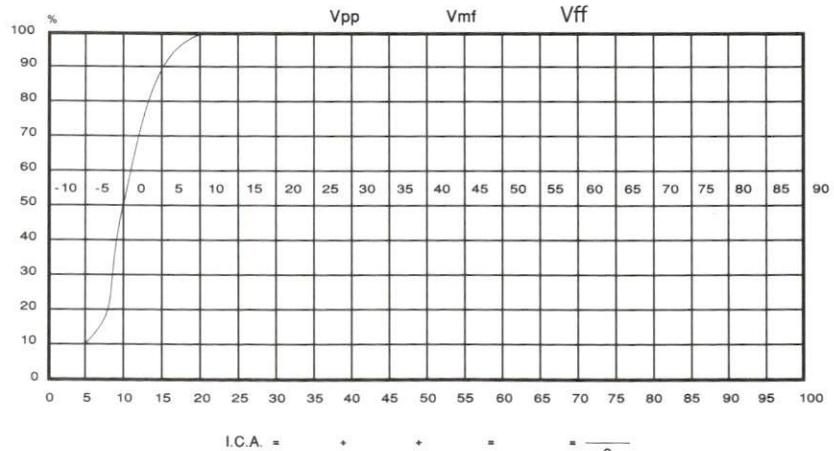


PERTE AUDITIVE

OD	OG
db	db
db	db



EPREUVES VOCALES



OD : Oreille droite

OG : Oreille gauche

PAM : Perte auditive moyenne

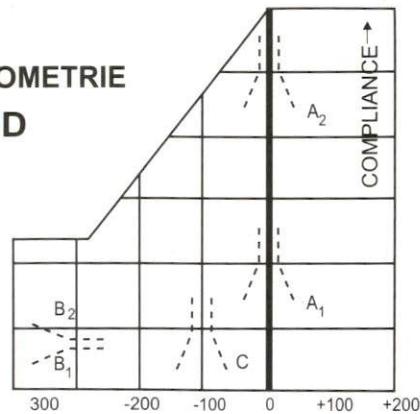
I.A : Pourcentage d'incapacité auditive



IMPEDANCEMETRIE

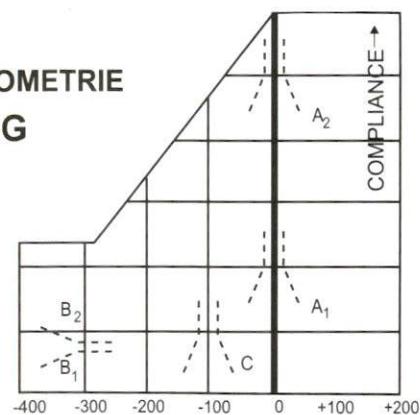
TYMPANOMETRIE

OD



TYMPANOMETRIE

OG



REFLEXE STPEDIEN

Stim OD	Réflexe OG
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

BENNANI
Fatima

Prénom

Date de naissance

Date d'examen

30 JAN 2011

Observations

PT. H. CHELLY
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Ibrahim Roudani, Casablanca
Tel : 05 22 41 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
TNPE : 091040949

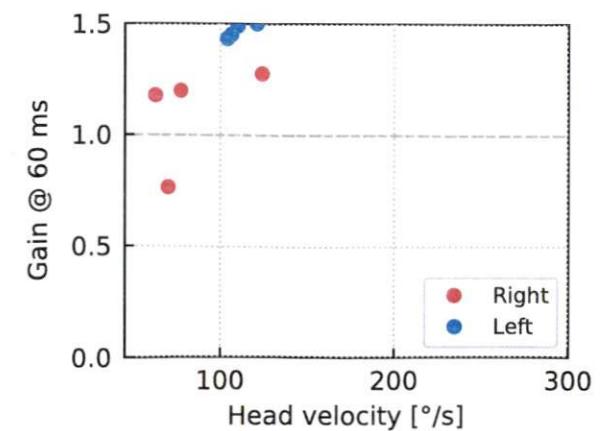
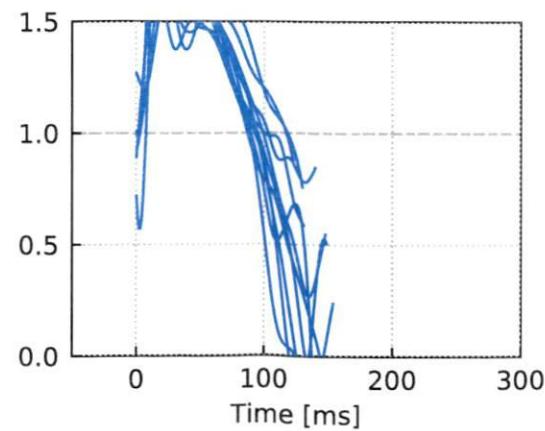
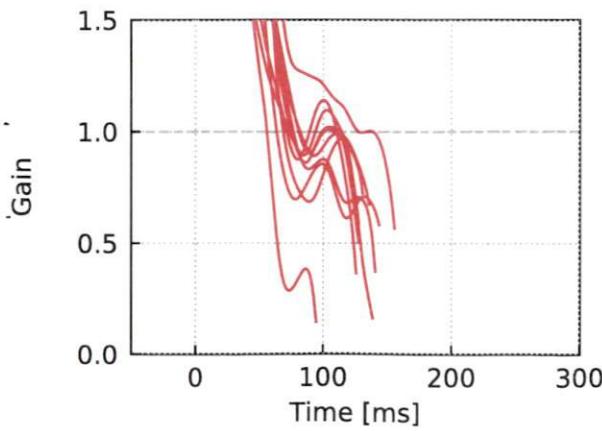
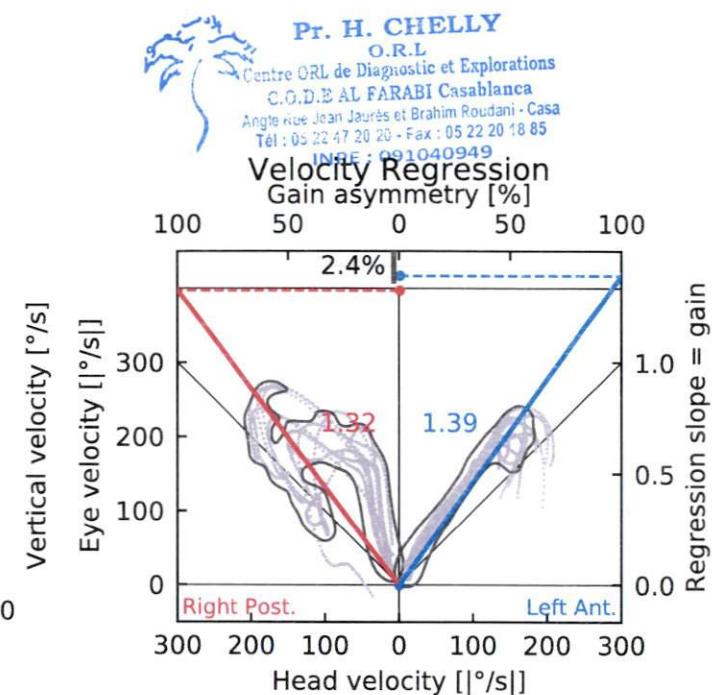
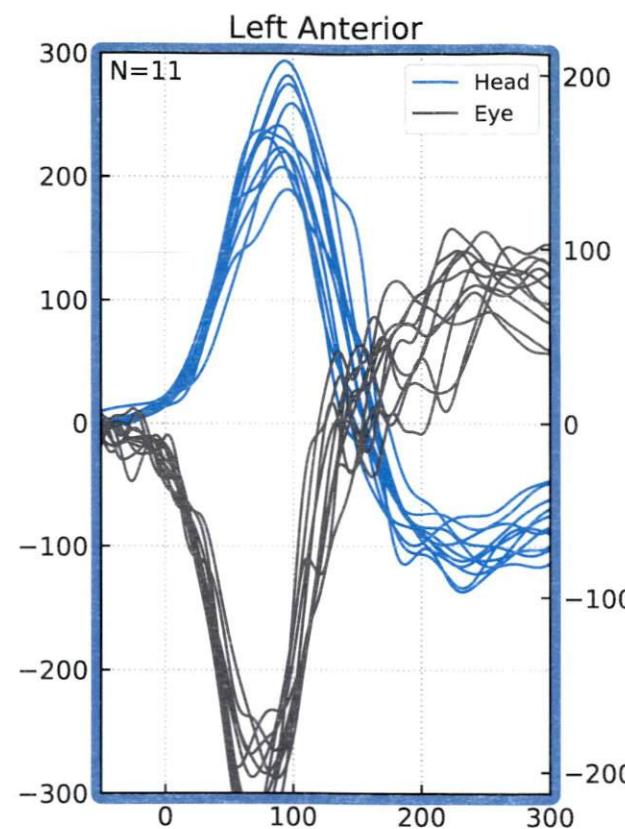
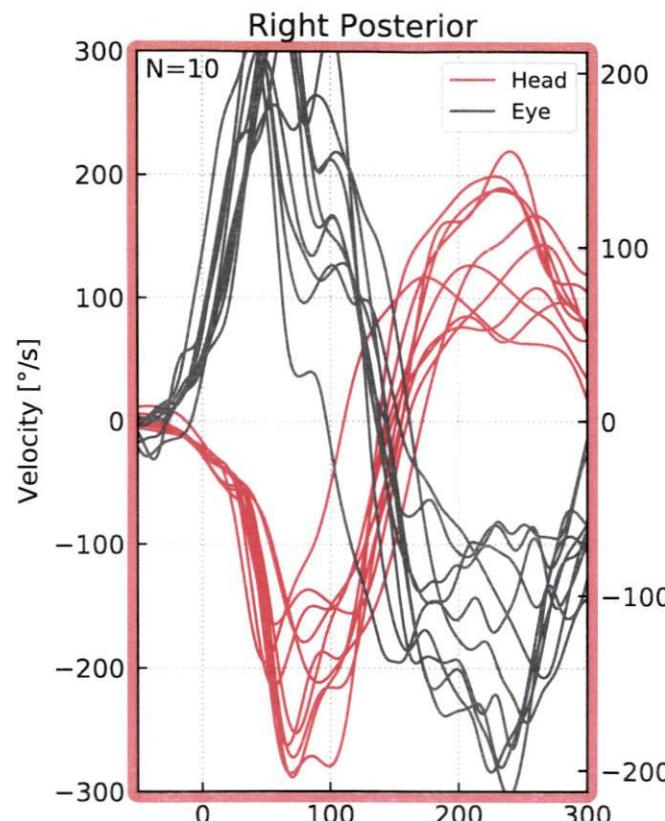


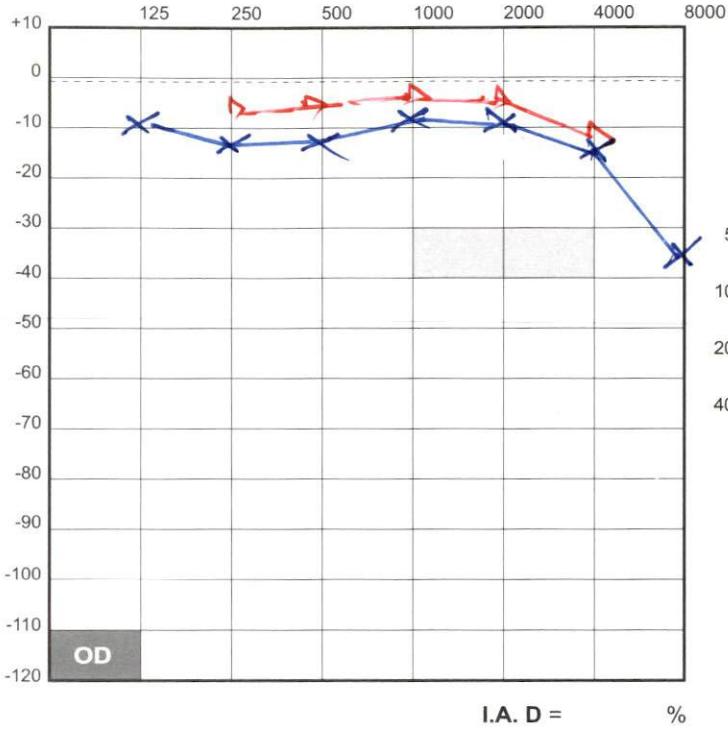


Name: MOSTAFA BENNANI
Birthdate: 1957-09-24

Test: Head Impulse
Variant: LARP

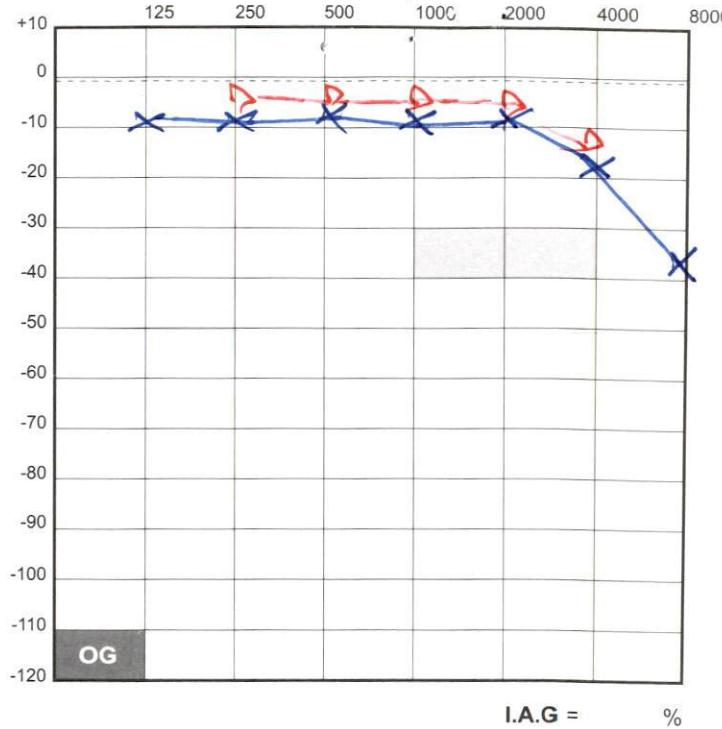
Date: 2021-01-26 21:19:00
Person ID: 42



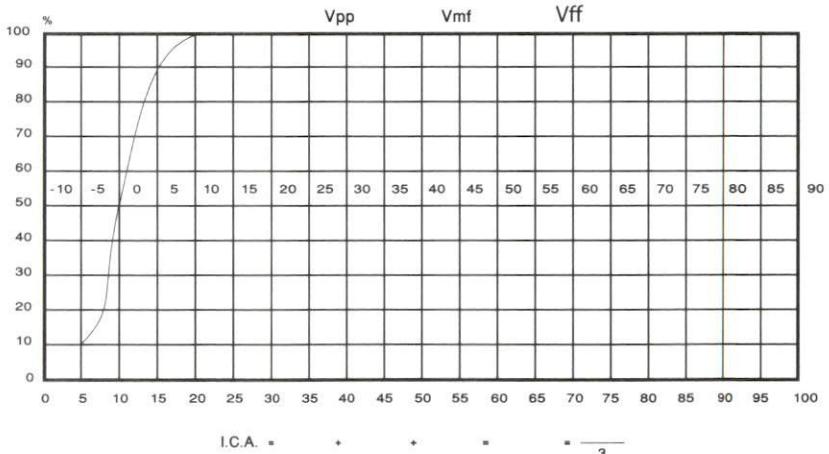


PERTE AUDITIVE

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



EPREUVES VOCALES



WEBER

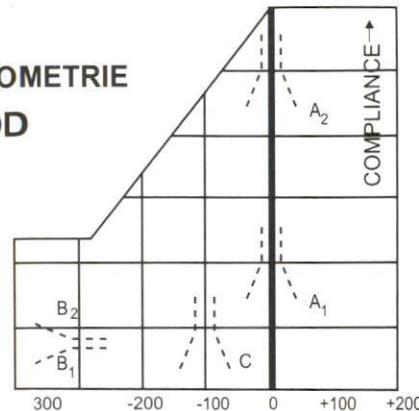


- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

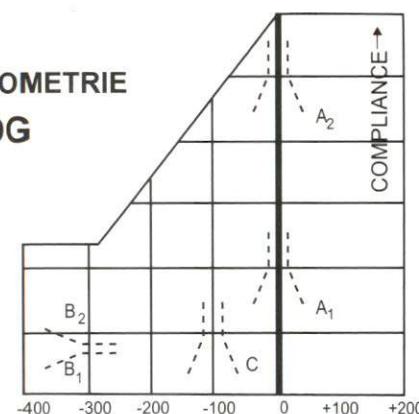


IMPEDANCEMETRIE

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

AUDIOGRAMME

NOM

Prénom

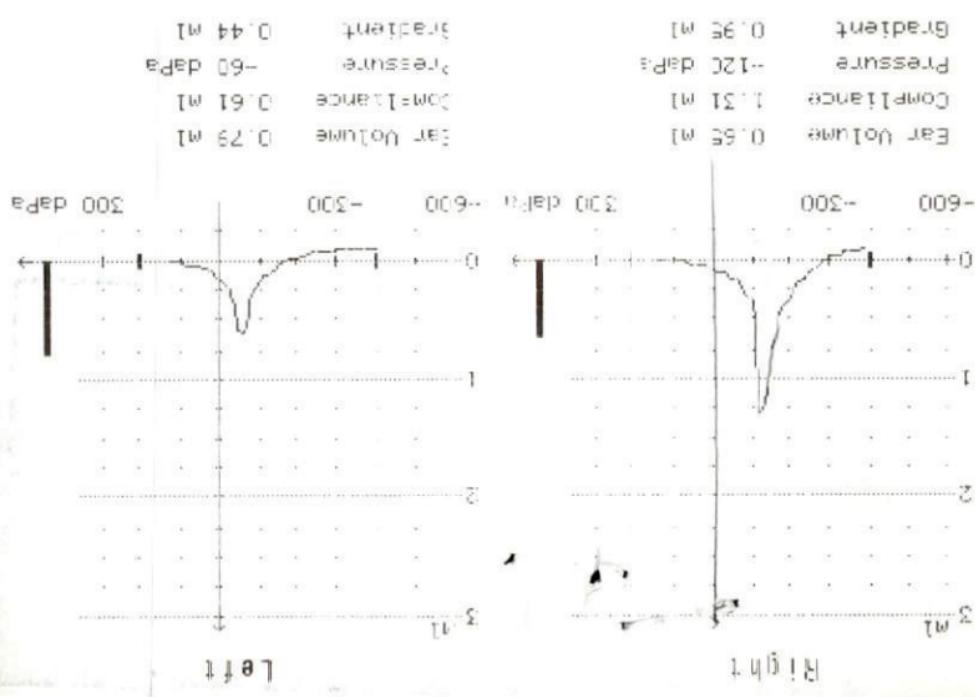
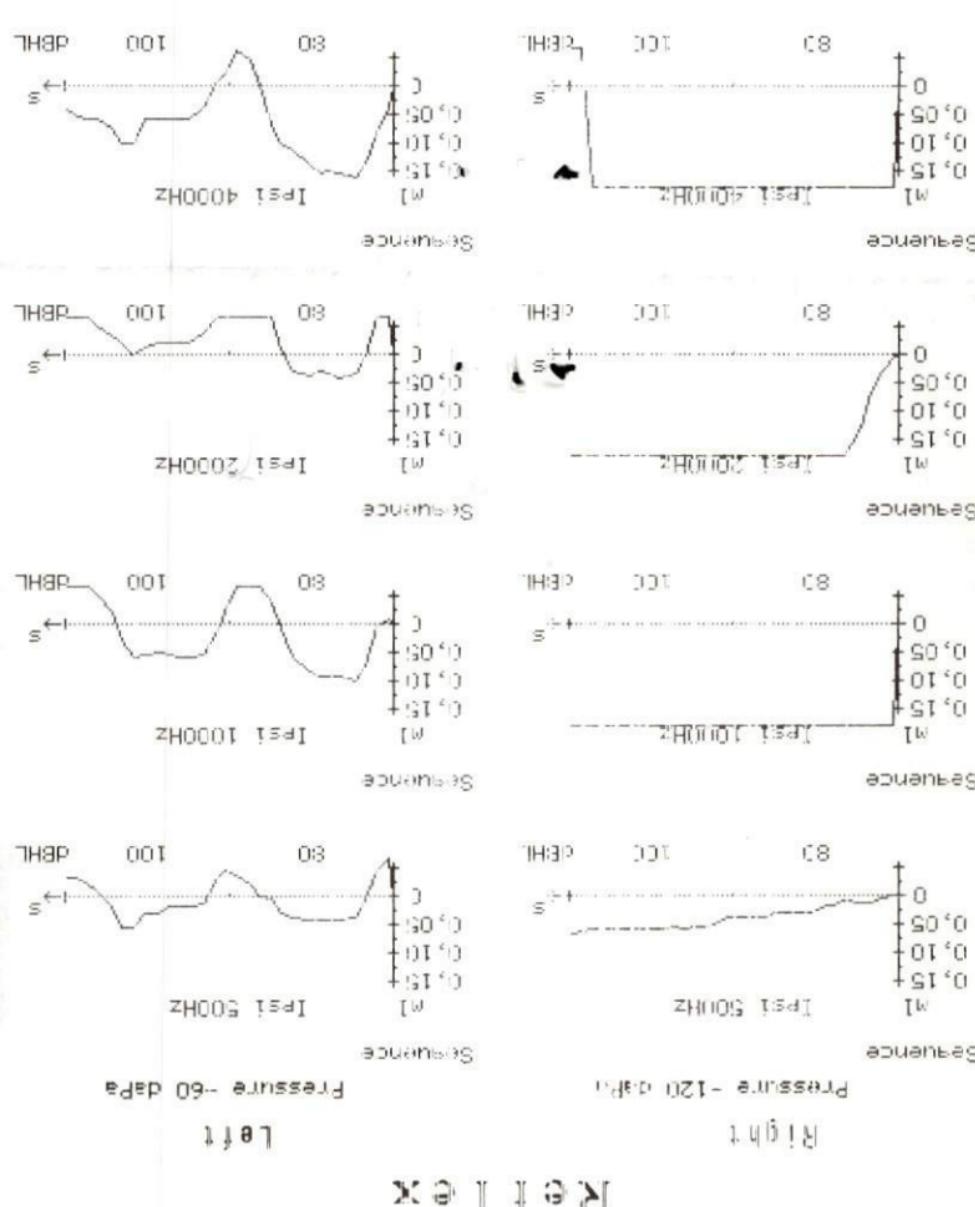
BENNANI
Fatima

Date de naissance Date d'examen 30 JAN 2021

Observations

PT. H. CHELLY
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. à l'AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaures et Brahim Roudani, Casablanca
Tunisie : 091040949
Fax : 0522202020 - 0522201885





The Yacht and Game