

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.

Prothèse :

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- 047336

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : 21635

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WASMIM MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA CASABLANCA

Tél. : 0677066053 Total des frais engagés : 1725,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/5/2021

Nom et prénom du malade : WASMIM MOHAMED 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 : Casablanca

Le : 11/5/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047336

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 : 1417

Nom de l'adhérent(e) : WASMIM

Total des frais engagés : 1725,00

Date de dépôt :

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

11/05/2022		250 m		
11/05/21		non détaillé	facture n° 195/21	1300,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

11/05/21	175,00
----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

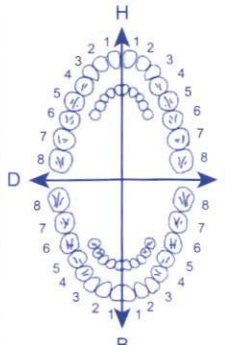
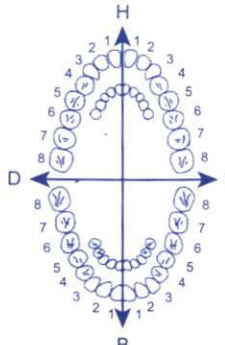
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'odontologie.

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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</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> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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 الأنف والأذن والحنجرة
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 11/05/2021

Casabl

Monsieur

MOHAMED

WASMI

40,00

49,00

LECTIL 16 mg

1 cp matin et soir pendant 1 mois

EXTRAMAG

1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

ER PHAR

PPC: 95,00 DH

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre O.R.L 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 : 094040949



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

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

HAMICHE WILAYA MONTAUDRY
ZEKRI Abdelhak
Dorteur en Pharmacie
20 17 24 24 04 Oued El Oufia
Casablanca - Tél : 0522 90 51 14
ICE : 00229122000071

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS
Casablanca le 18/05/2021

Casablanca, le

Monsieur MOHAMED WASMIH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Gains et vélocité 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

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Pr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A. FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 001040549



المعهد الوطني للتخصصات



MALADIE ET CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX

CHIRURGIE DE LA SURDITE ET CERVICO FACIALE

CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE

ALLERGLOGIE

REANIMATION POLYVALENTE

Consultations tous les jours sur rendez-vous

Gardes des Dimanches et Fêtes assurées

CLINIQUE SPECIALISEE

AL FARABI

أمراض وجراحة

الأنف - العنجرة - الأذن

جراحة السمع والوجه والعنق

جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب

حساسية

إنعاش

الفحص يوميا بالموعد

الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

note d'honorem.

Dr. Le P. P.

code
AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

XASNIH Le *11/5/21*

Renseignements cliniques :

Pour π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π P E A

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

~~π~~ VHIT

Dr. H. CHELLY
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 022 47 20 20 / 47 30 30
Fax : 022 20 18 85
IMC : 0910403949



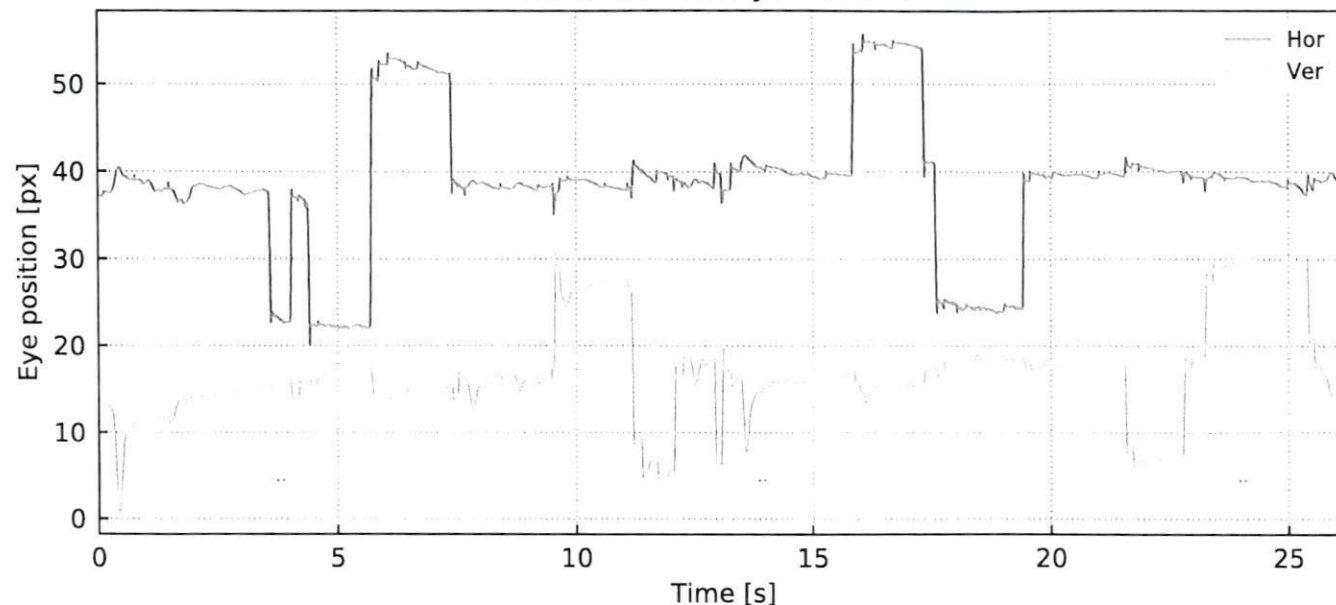
CODE SPECIALISEE AL FARABI

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

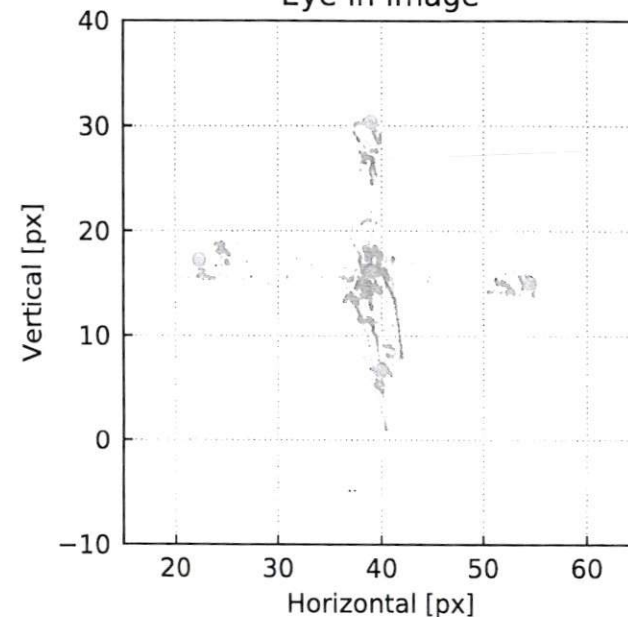
FACTURE N° 195/2021
NOM - PRENOM : WASMIH MOHAMMED

ACTES MEDICAUX			HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION				
VHIT		1000,00	DR CHELLY	300,00
VNG				
MANŒUVRES				
AUDIOGRAMME				
FRAIS CLINIQUE		1000,00	FRAIS HONORAIRES	300,00
TOTAL GENERAL			1 300,00	
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE				
MILLE TROIS CENTS DHS				
CASABLANCA LE 12/05/2021				
CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI Otorhino Laryngologie Chirurgie Cervicofaciale 7, Rue Jean Jaurès 20100 Casablanca Tel : 05 22 47 30 30 (8 L G) - 022 20 18 85				
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				

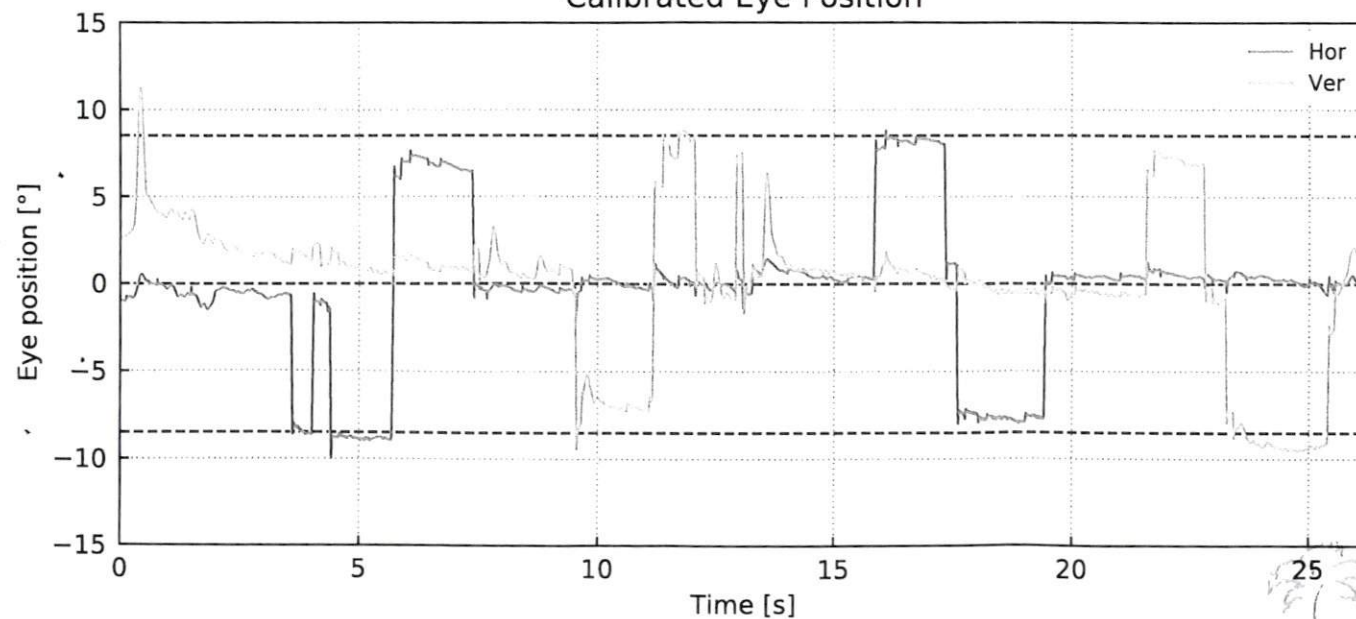
Uncalibrated Eye Position



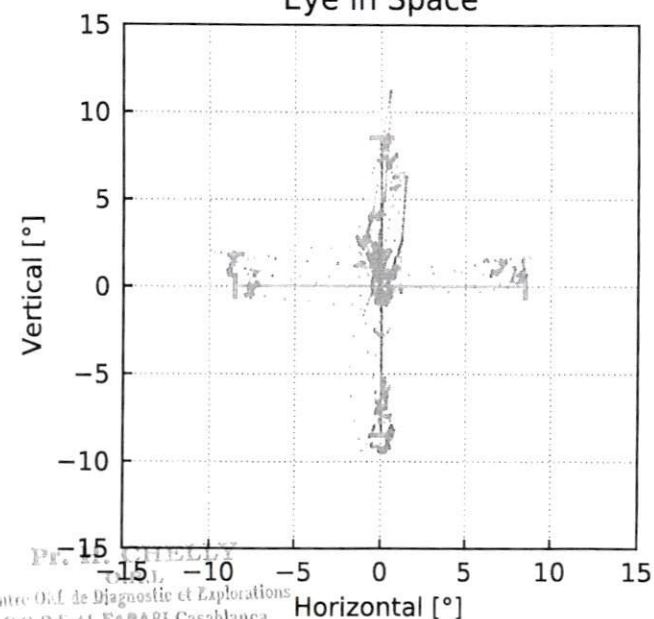
Eye in Image



Calibrated Eye Position



Eye in Space





Name: MOHAMED WASMIH

Birthdate: 1949-01-10

Test:

Variant:

Calibration

Head

Date:

2021-05-11 16:59:25

Person ID:

153



Pt. H. CHELLY

O.R.L.

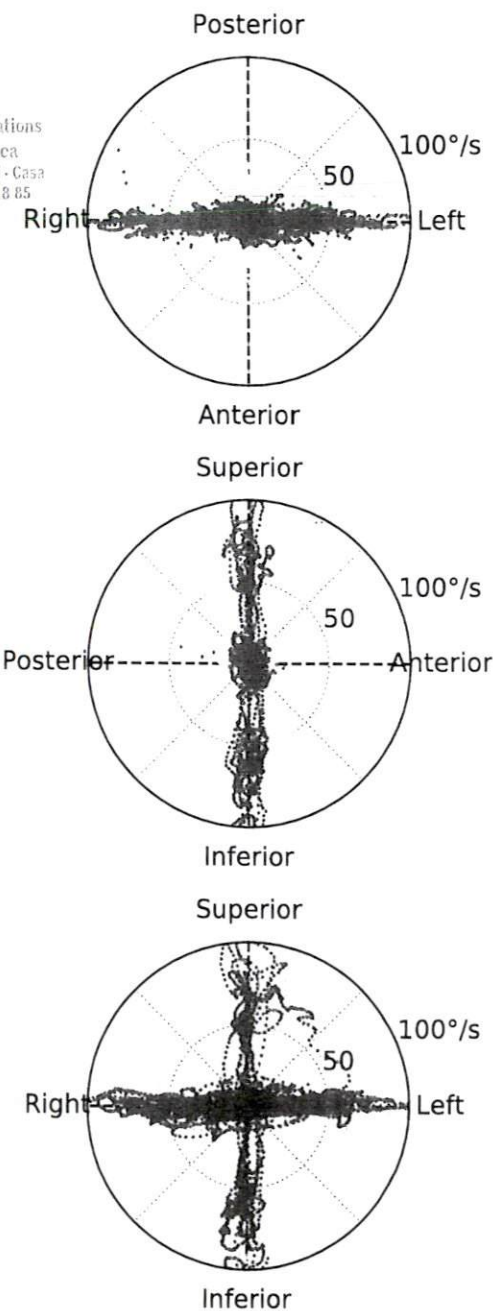
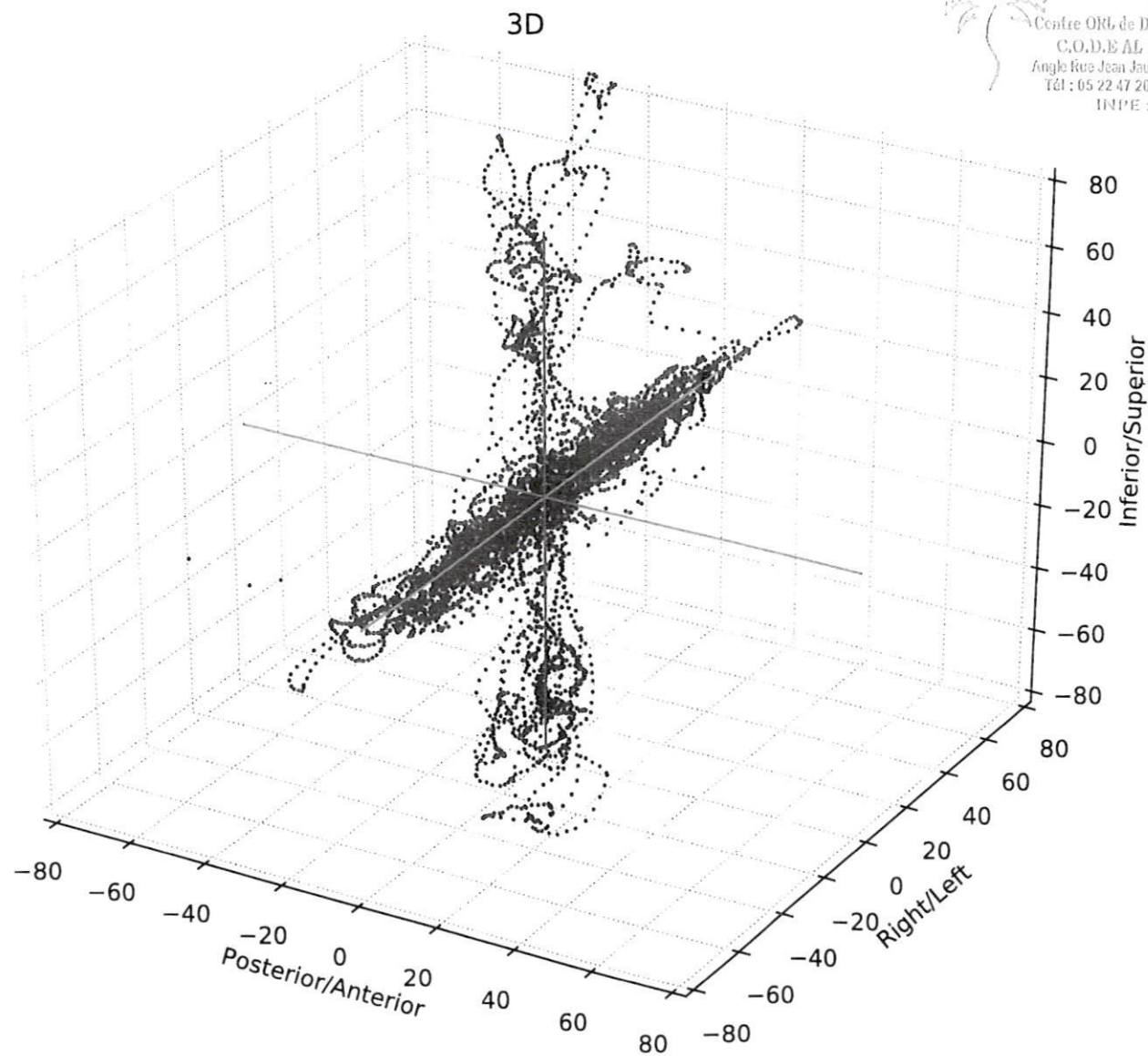
Centre ORL de Diagnostic et Explorations

C.O.D.E AL FARABI Casablanca

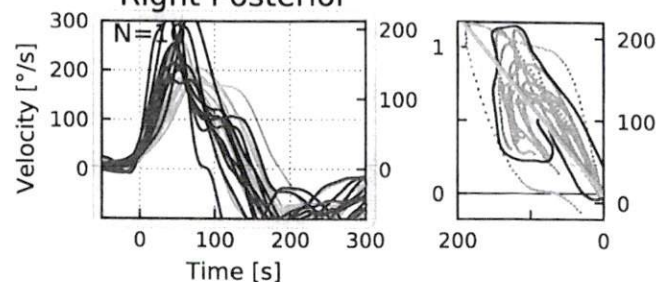
Angle Rue Jean Jaurès et Braham Roudani - Casa

Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 26 18 85

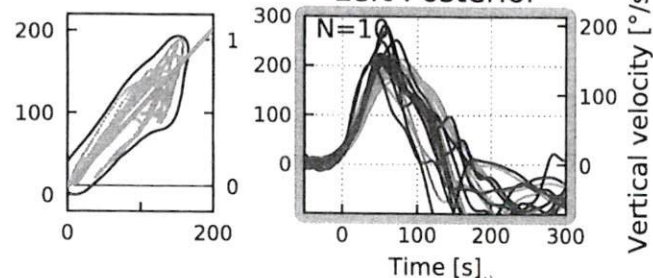
INPE : 091040519



Right Posterior

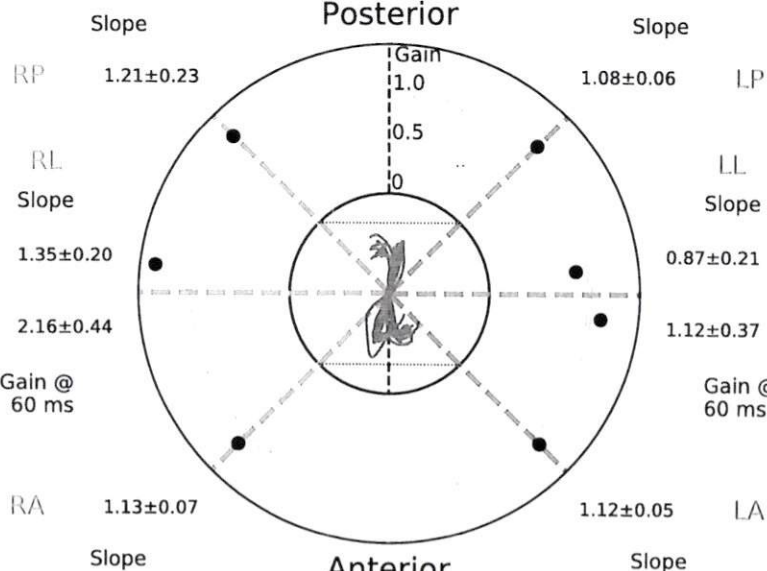


Left Posterior

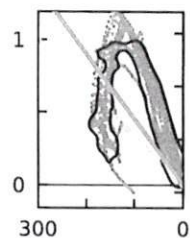
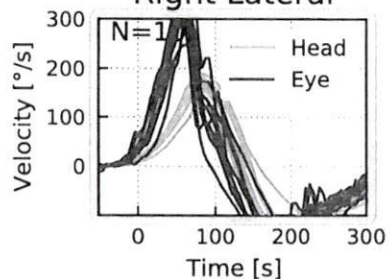


Dr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 95 22 29 13 35
INPE : 09 10 60 00 3

Posterior



Right Lateral



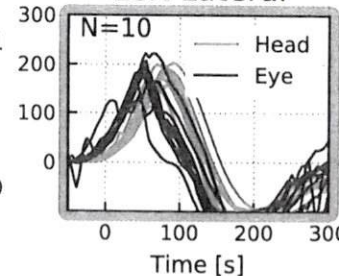
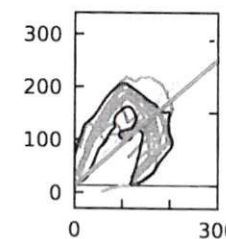
RL

Slope
 1.21 ± 0.23
 1.35 ± 0.20
 2.16 ± 0.44
Gain @ 60 ms

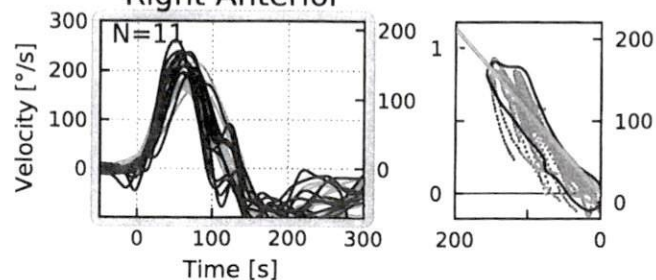
LL

Slope
 1.08 ± 0.06
 0.87 ± 0.21
 1.12 ± 0.37
Gain @ 60 ms

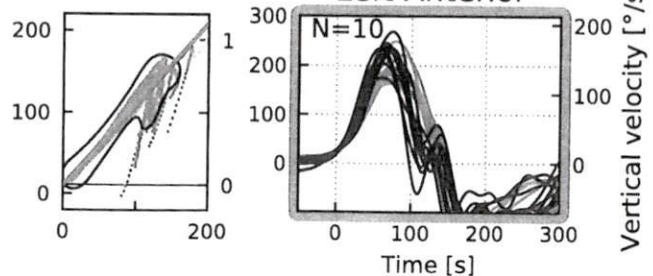
Left Lateral



Right Anterior



Left Anterior

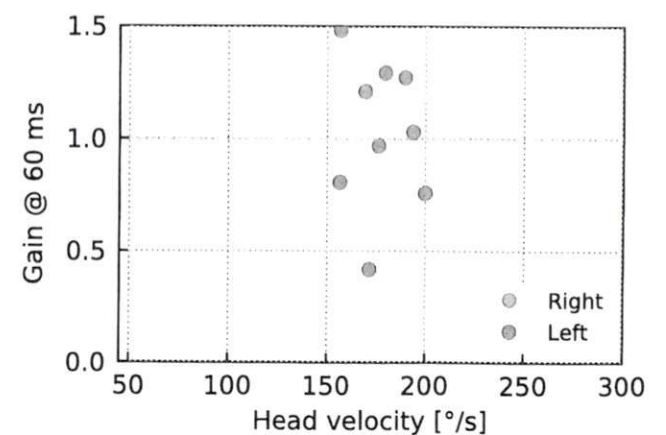
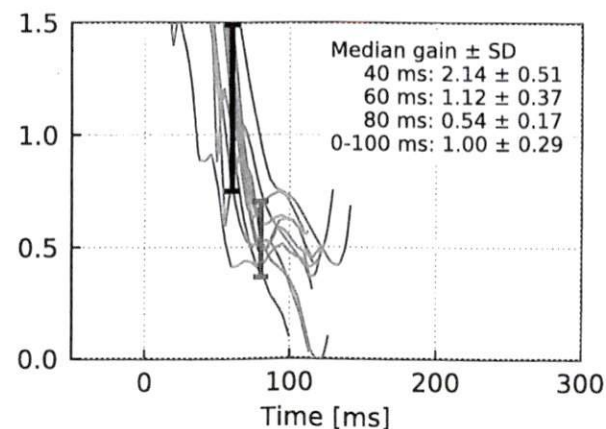
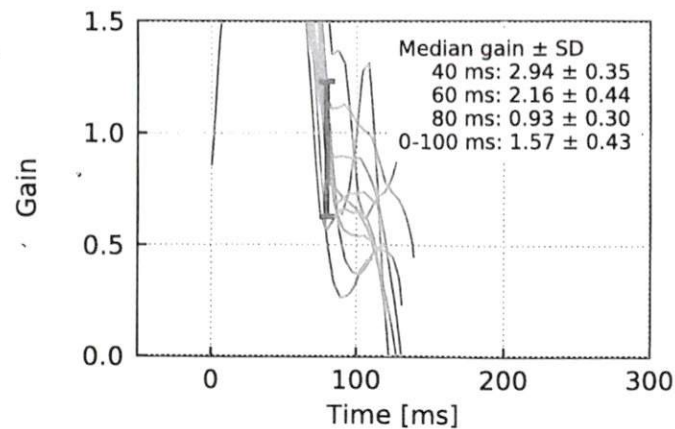
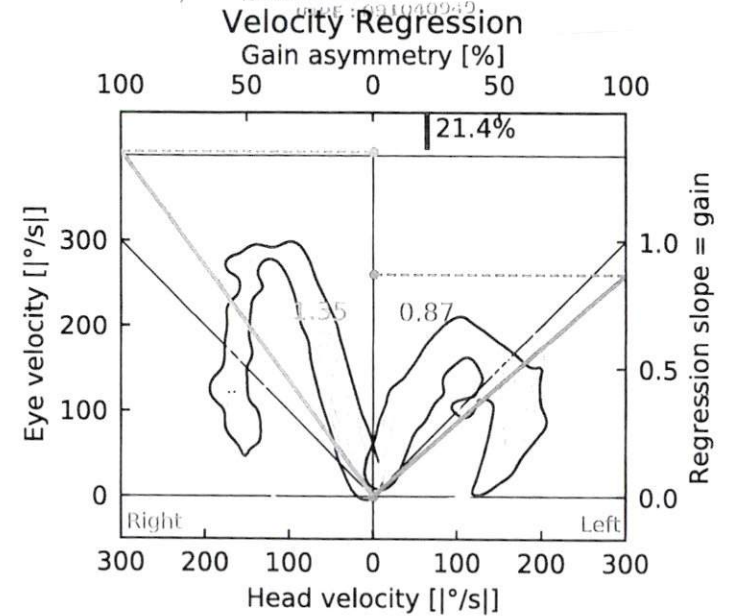
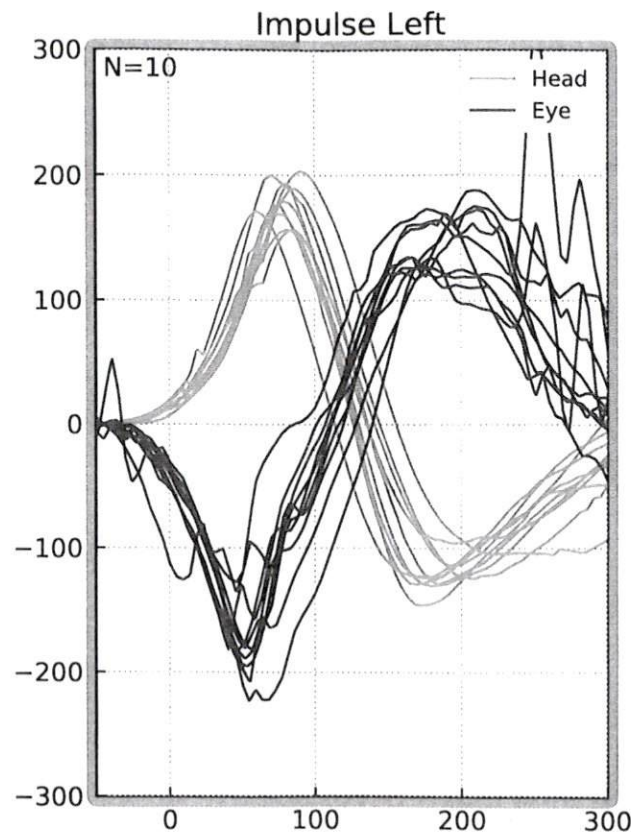
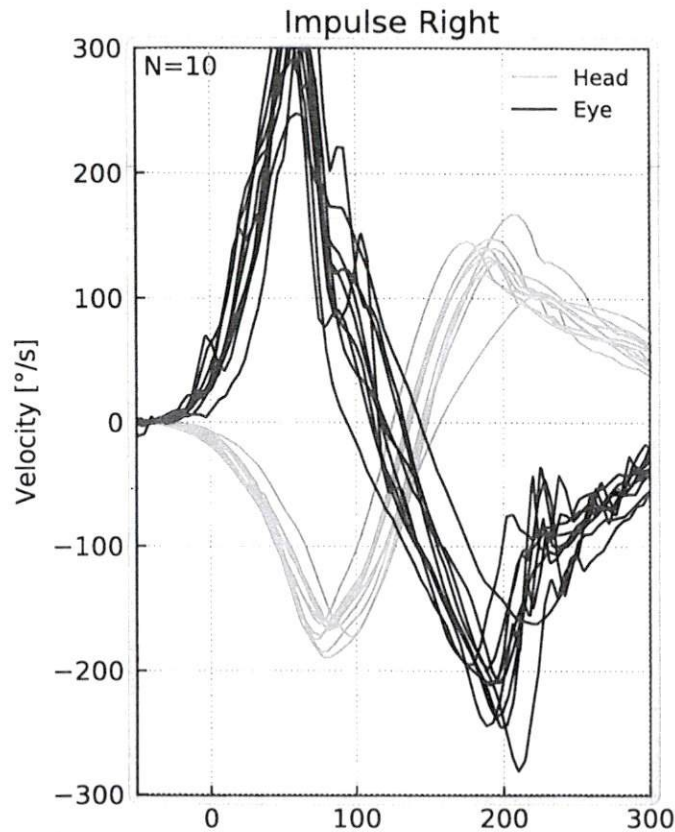


RA

Slope
 1.13 ± 0.07

LA

Slope
 1.12 ± 0.05



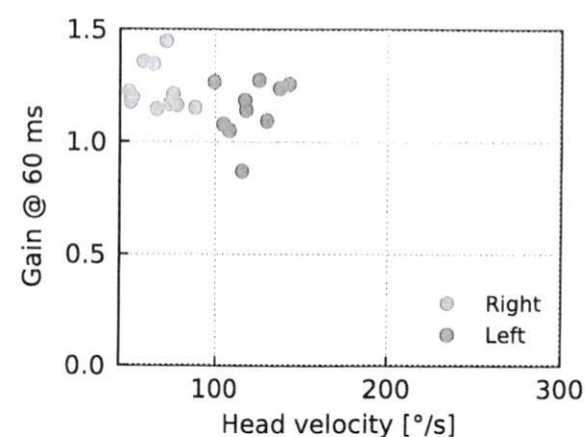
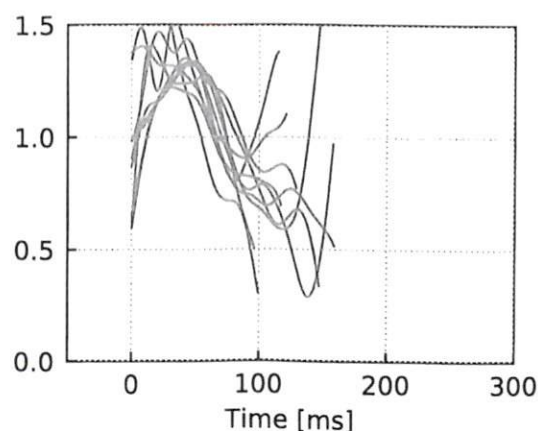
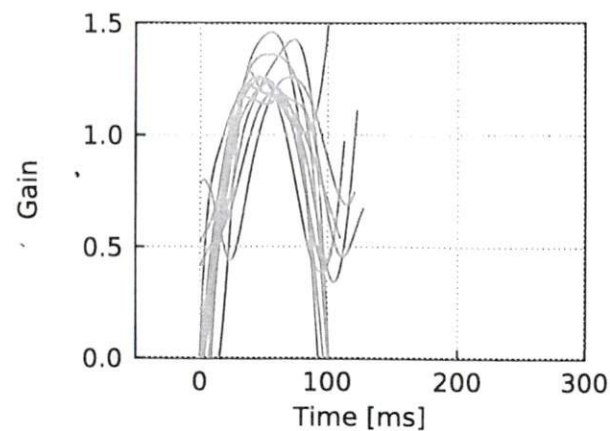
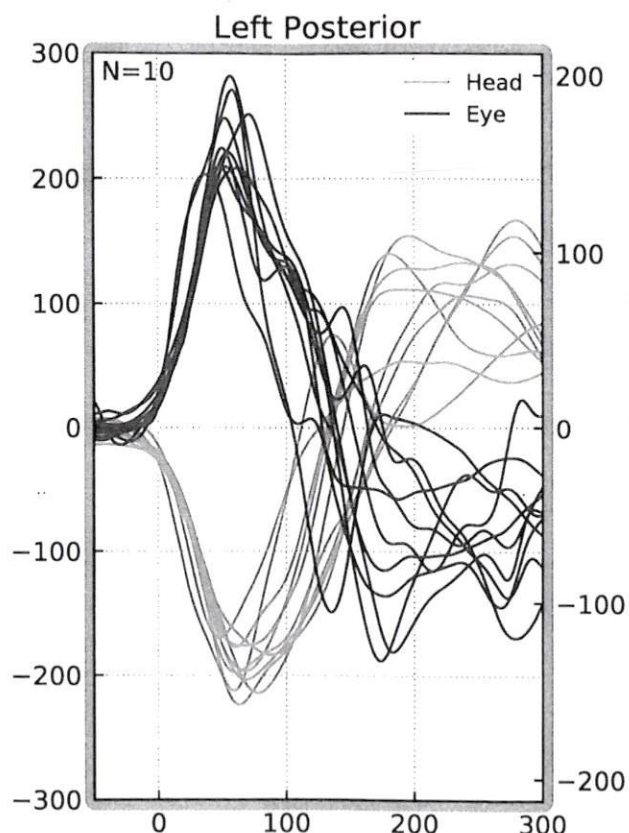
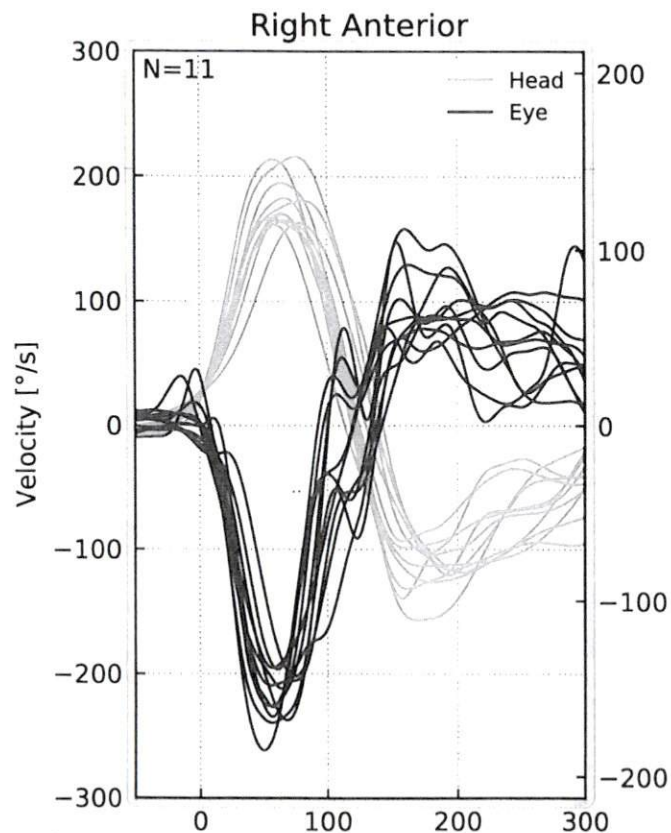
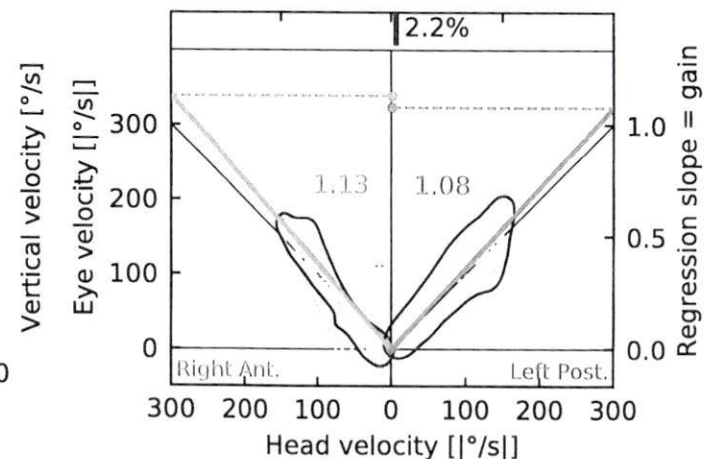


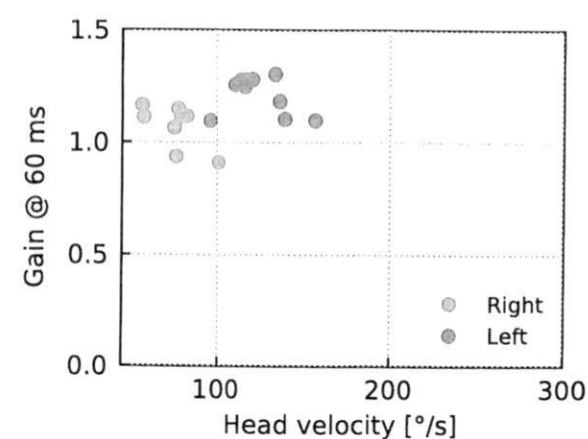
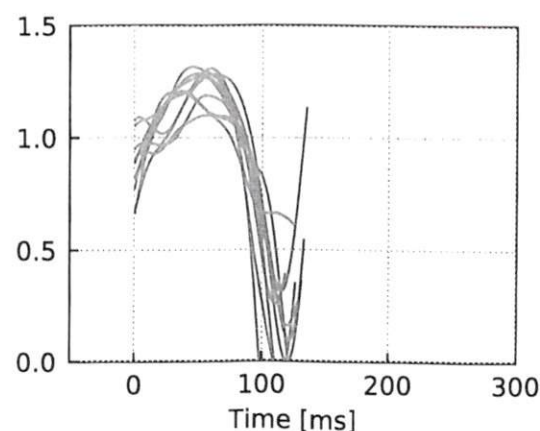
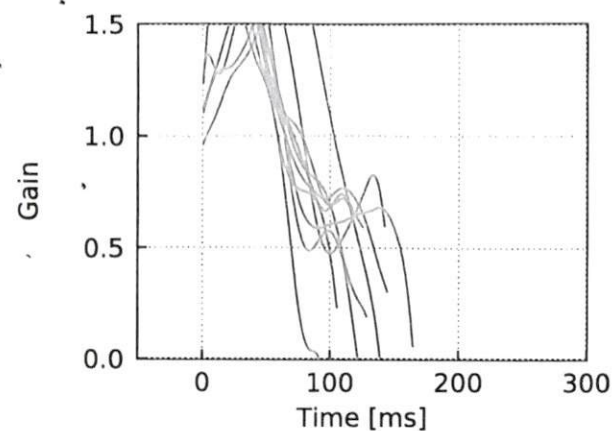
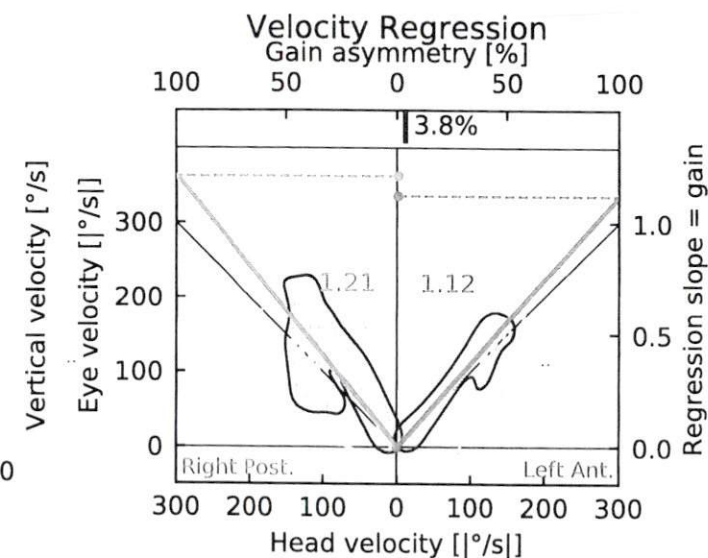
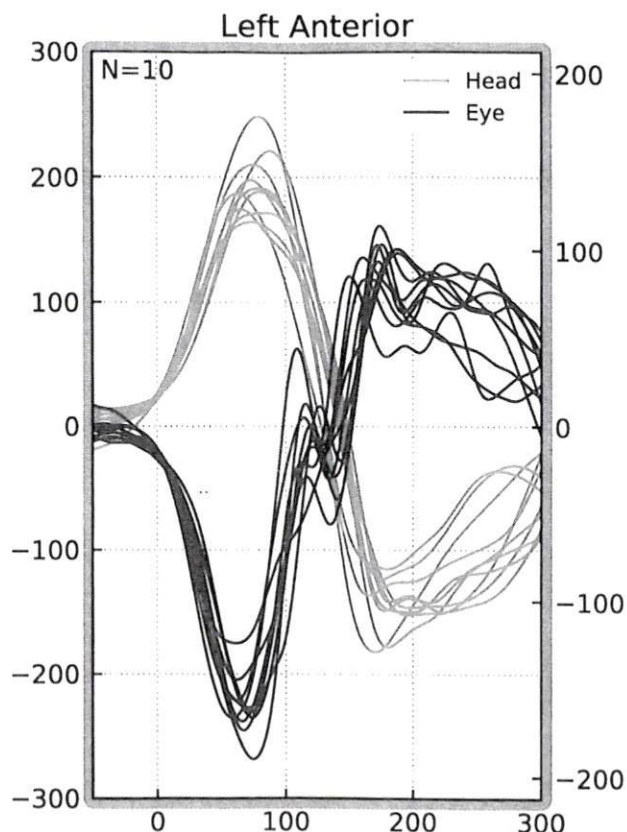
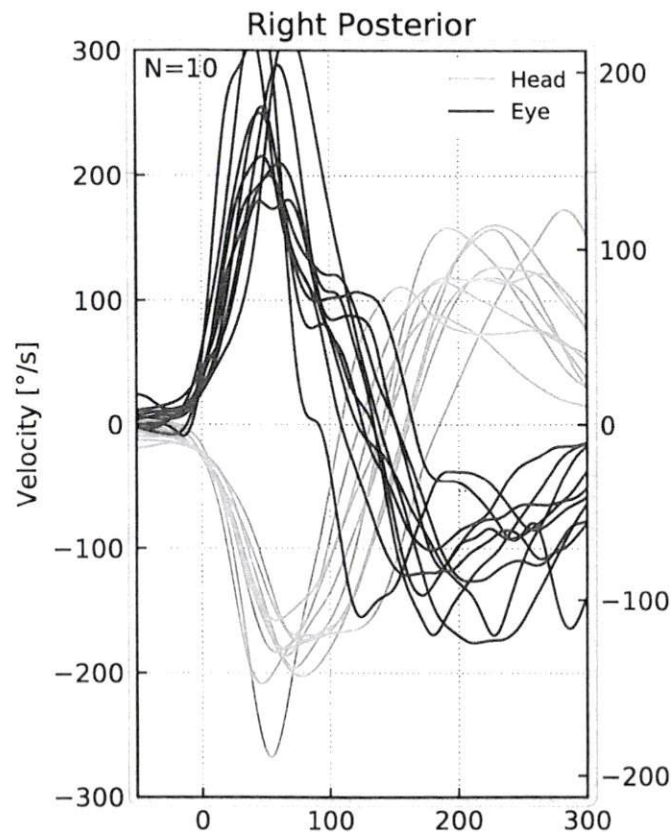
Pt. H. CHELLY

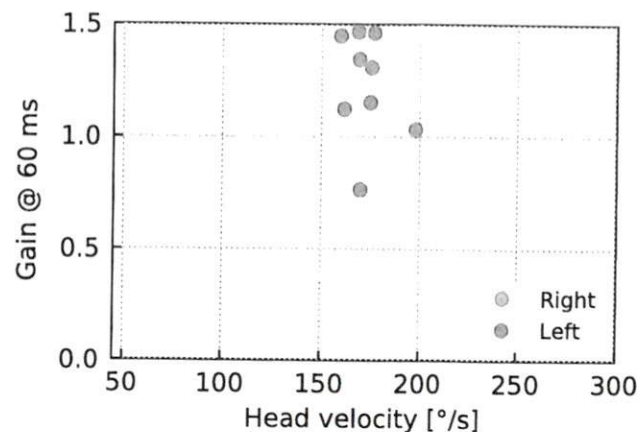
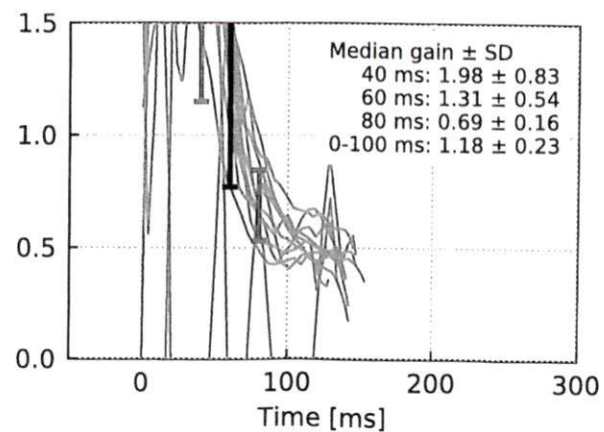
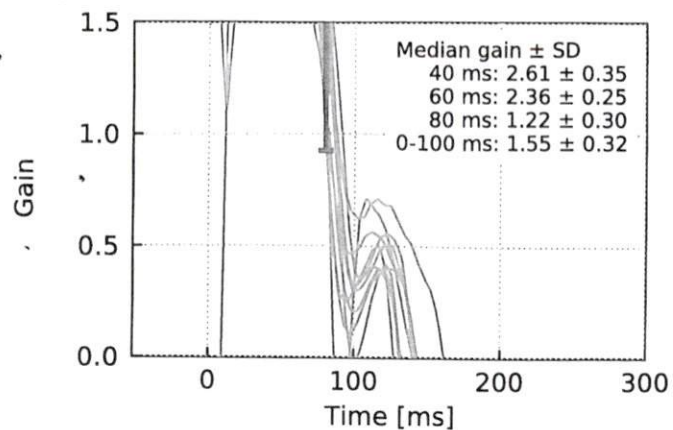
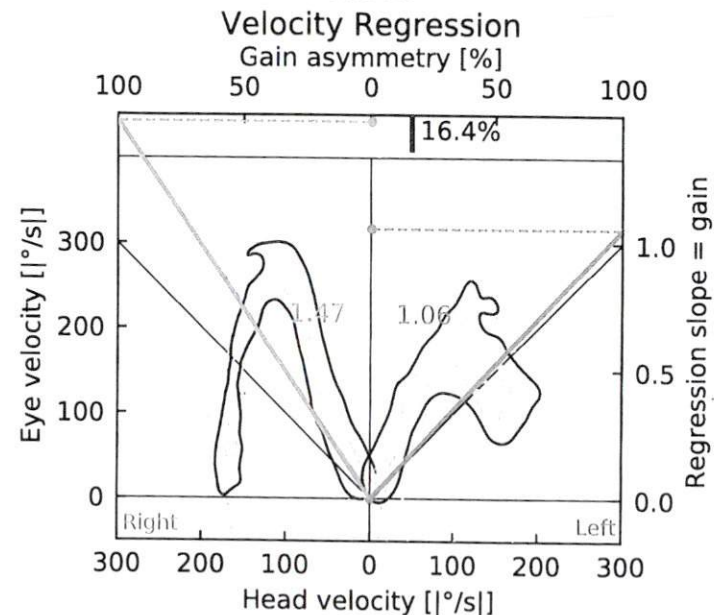
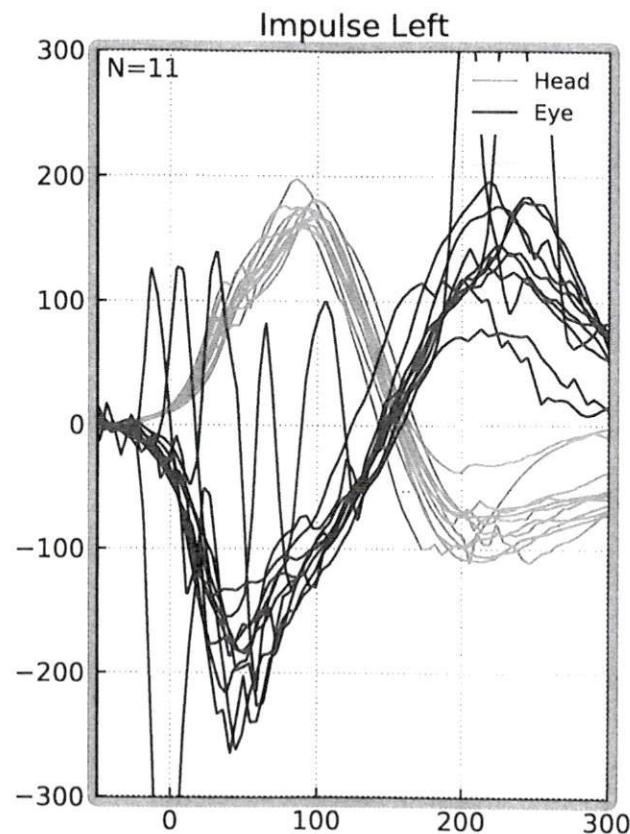
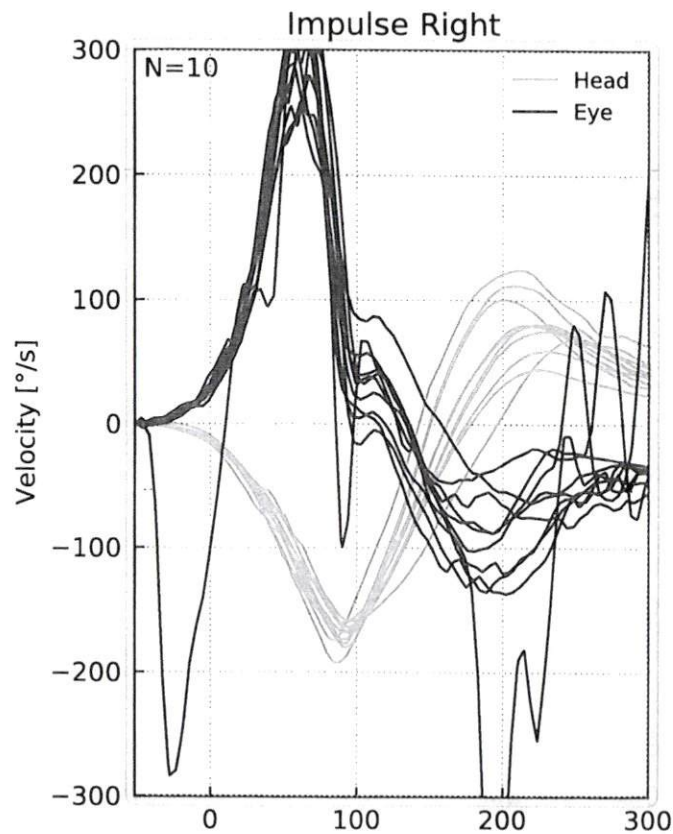
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahm Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 13 85
INPE : 091040949

Velocity Regression
Gain asymmetry [%]

100 50 0 50 100





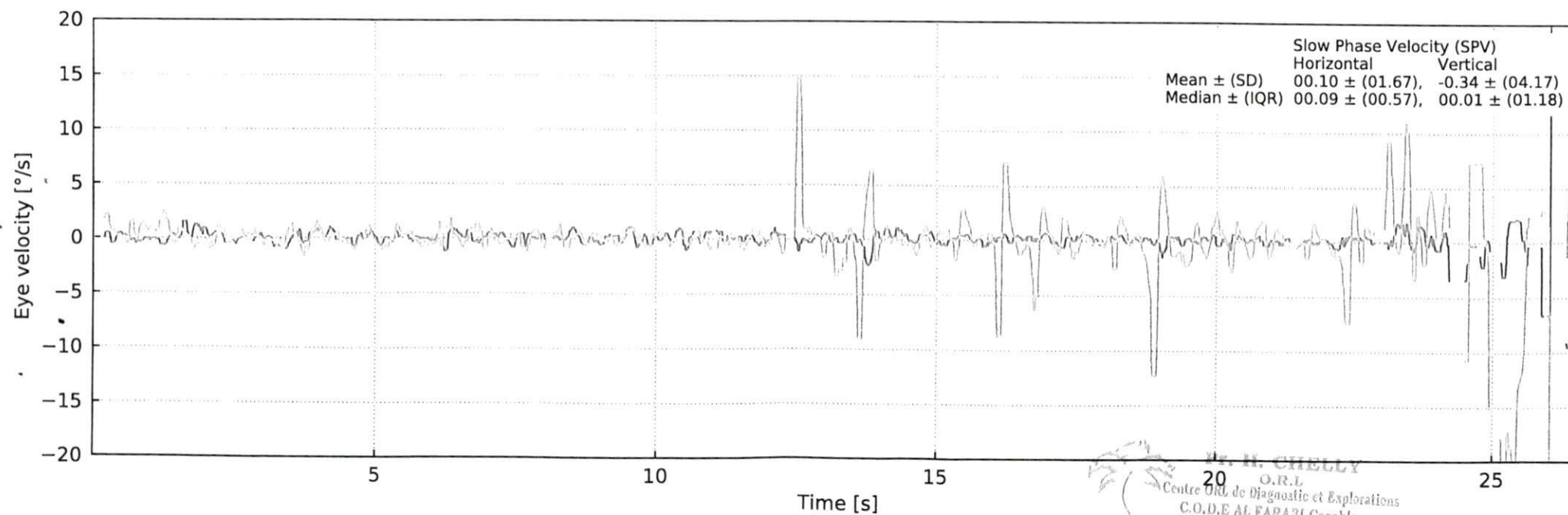
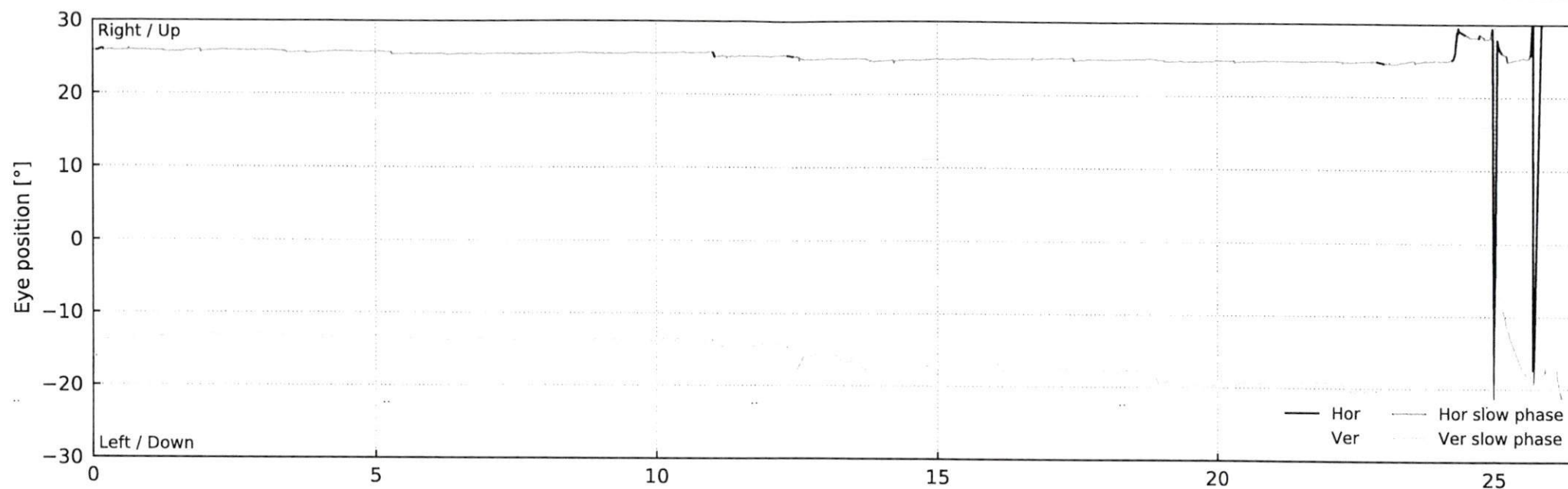




Name: MOHAMED WASMIH
Birthdate: 1949-01-10

Test: Nystagmus
Variant: Standard

Date: 2021-05-11 17:04:39
Person ID: 153



Dr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre O.R.L. 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 29 13 85
INPE: 001040949