

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

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

1153 86

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4267		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AZIZA
Nom & Prénom : LENSEFFER AZIZA			
Date de naissance : 14/01/49			
Adresse : Rte AZIZA N° 12 Resid. ANTAFI Les Agouimes Ville 12			
Tél. : 061177233		Total des frais engagés : 18630 HT	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation :	11/05/2022		
Nom et prénom du malade :	LENSEFFER AZIZA		
Age :	52		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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 plconfidential à l'att			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : RABAT, 11 MAI 2022 Le : 11/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

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
11/11/22	Chirurgie	100	1000	INP : 1111111111 Dr. A. O. T. 091033755 ASSISEN 092058460

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZIRAH Dr. A. O. T. 091033755 Casablanca Tél: 07 00 89 90 19	11/11/22	1000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

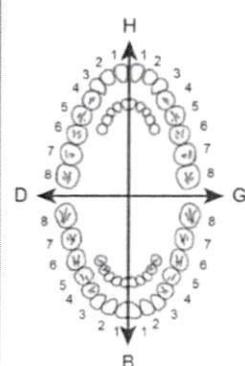
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Pr. Med. A. O. T. 091033755 Casablanca	11/11/22	100	0	0	1000	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

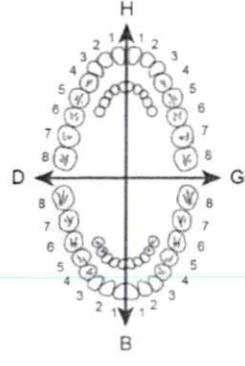
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	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'EXE

Casablanca le 11/05/2022

Casablanca, le

Madame

AZIZA LEMSEFFER

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

78.00 x 4

BETASERC CP
1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS

S.V

51.00

TANGANIL
1 cp 3 fois par jour 7 jours

Si *Yestige*

~~T = 363.00~~

PHARMACIE ZIRAOUI
B.P. 1141 Casablanca
275, Bd. Zirouai N° 13 - Casablanca
Tél: 07 00 69 90 19

092011
INPE 8460
6112020
PHARMACIE ZIRAOUI

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN
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 29 18 85
INPE : 091038753



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



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحوص والتخييم



⊗ Tanganil® 500 mg

تابغانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860



6 118001 183340

BETASERC 24 MG
CP B30




6 118000 012641

BETASERC 24 MG
CP B30




6 118000 012641

QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca.

BETASERC 24 MG
CP B30




6 118000 012641

78,00

78,00

BETASERC 24 MG
CP B30




6 118000 012641

78,00



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/ 32 32 FAX :022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le 17/02/2011

Renseignements cliniques : Asymptomatic

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA+ ASSR

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

Pr. Med. A. HASSISSSEY
Centre O.R.L Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30/ 32 32 FAX :022 20 18 85



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراغي
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

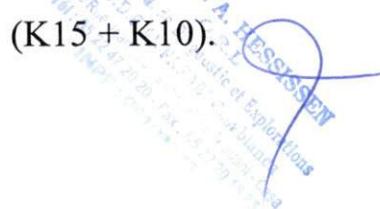
Le M.R.M

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

Mr / Mme / Melle / Mme





مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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
VIDEONYSTAGMOGRAPHIE

Le *M. R. M*

Reçu la somme de

1 500.00 (Mille cinq cents) DHS

De Mr, Melle, Mme

Pour V. N.G

M. S. F. G.

Pr. Med. A. M. BISSSEN
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.D.E du 11-10-01 Casablanca
Autour d'un bilan fonctionnel
Tél : 022 47 20 20 / 47 30 30

code

AL FARABI

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

Reçu la somme de

Le M. P.M.
500 / 500 MAD

De Mr, Melle, Mme

IGSEFF GA
TIVA

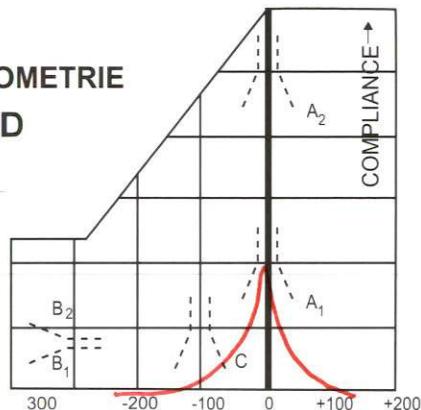
Pour consultation ORL (C2) + (K10) pour microaspiration pour
Bouchon de cérumen

Pr. Med. A. FESSSEN
Centre ORL
Anatomie
Anglo-français
Casablanca
Tunisie

IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE

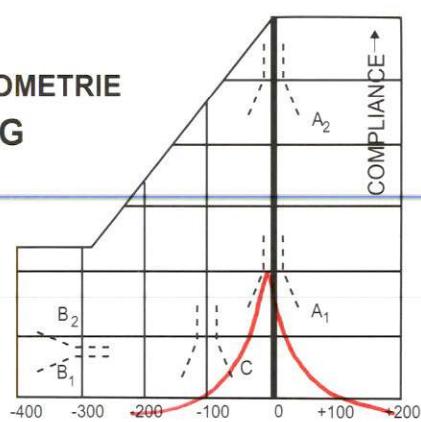
OD



TYMPANOMETRIE

OG

avec
RST



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

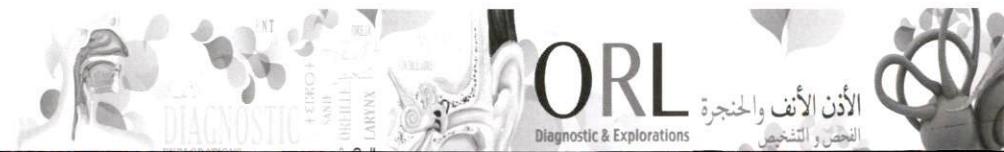
AUDIOGRAMME

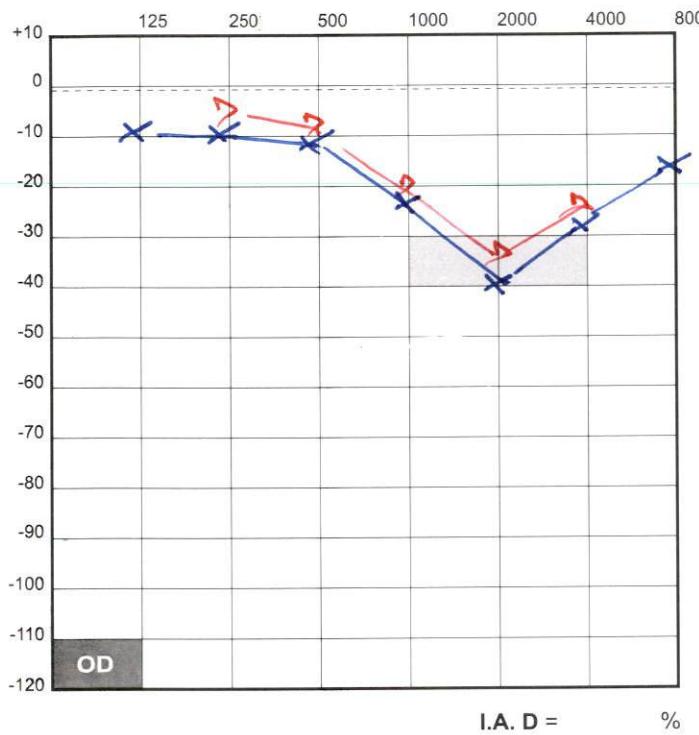
NOM LEMSEFFER

Prénom Aziz

Date de naissance Date d'examen 11 MAI 2022

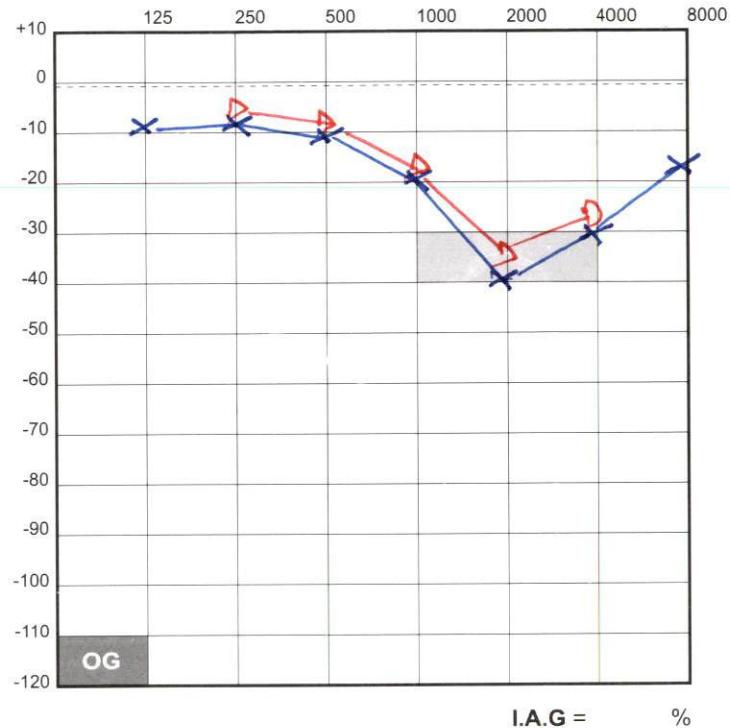
Observations



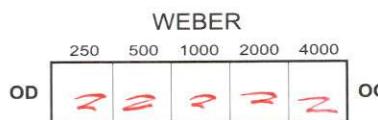
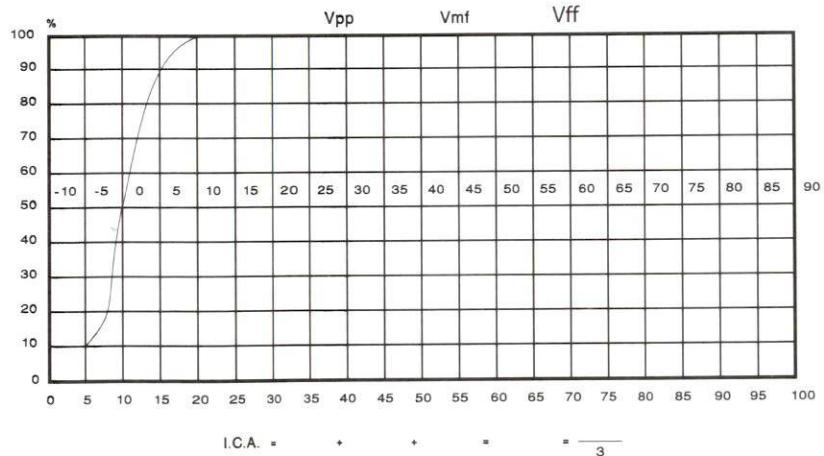


PERTE AUDITIVE

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



EPREUVES VOCALES



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



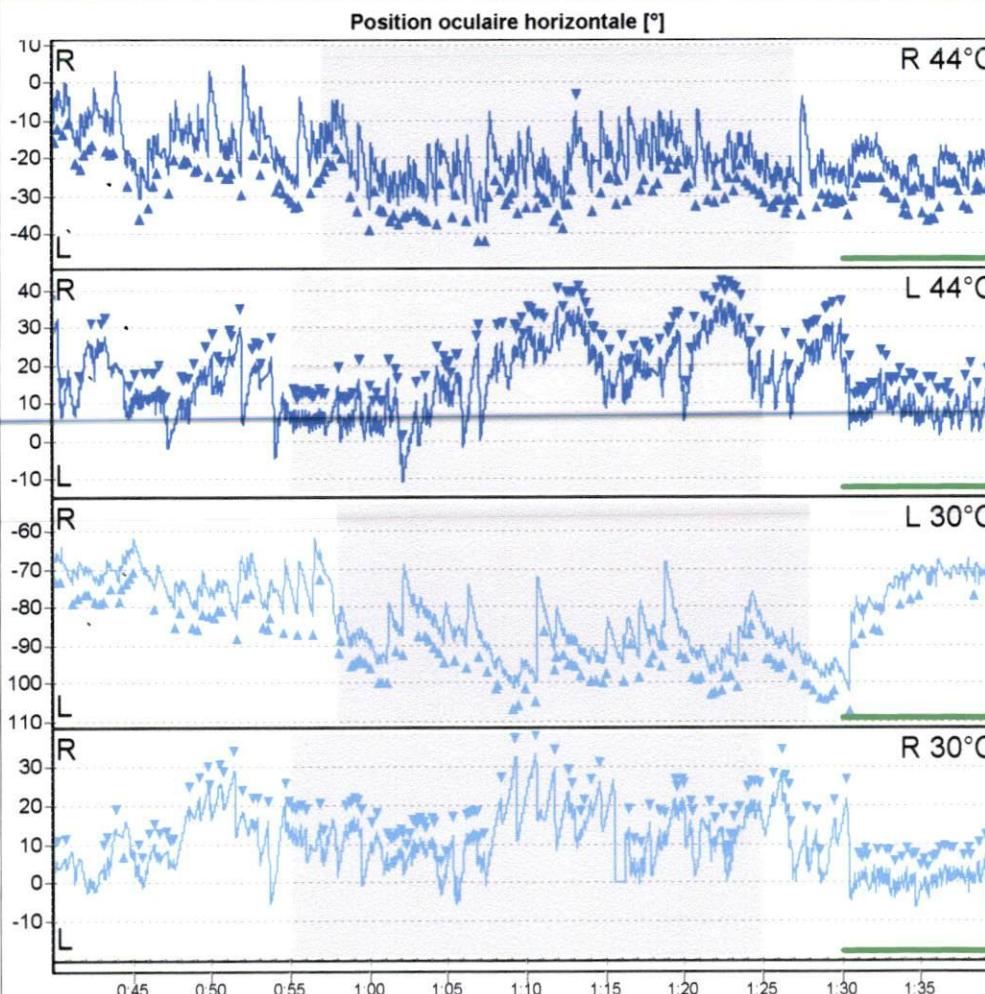
Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



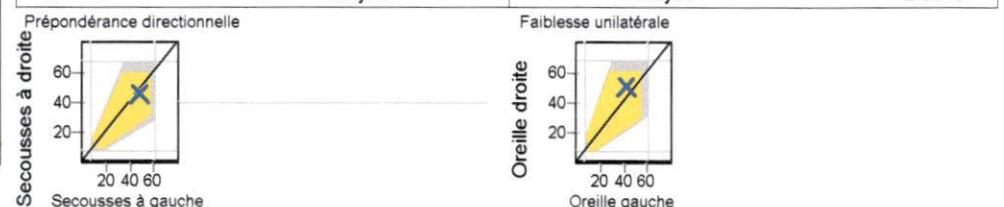
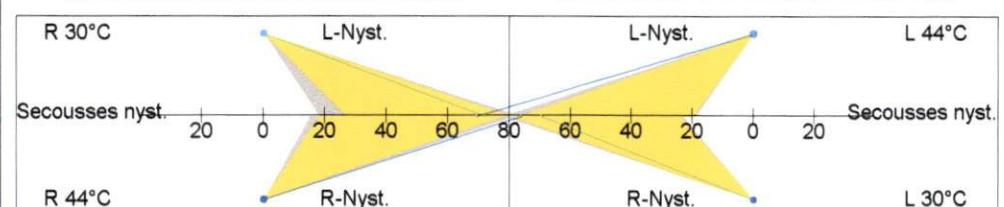
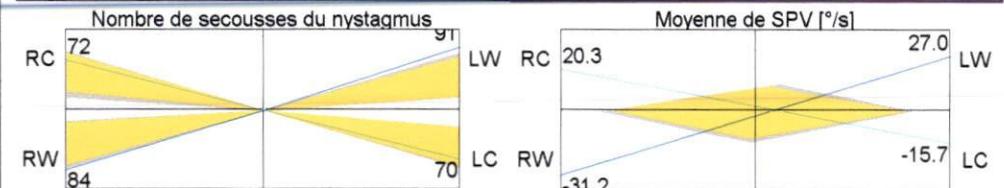
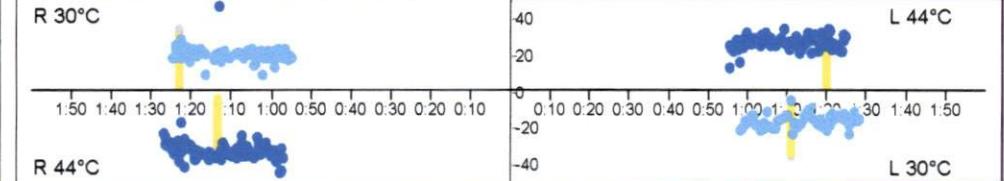
Patient: LEMSEFFER
 Prénom: AZIZA
 Date de naissance: 14/01/1949
 Session: HE Défaut

Test: Calorique
 Date: 11/05/2022
 Masquer: Firewire mask
 Oeil: Etalon..: none

Notes test:



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	9% gauche
R 44°C:	-31.2	82 %	Oreille droite :	51.46°/s
L 44°C:	27.0	92 %	Oreille gauche :	42.69°/s
L 30°C:	-15.7	69 %	Prépondérance direc.:	0% gauche
R 30°C:	20.3	93 %	Secousses à droite :	46.87°/s
SPV total :	94.1	SPN:0.0	Secousses à gauche :	47.28°/s



Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

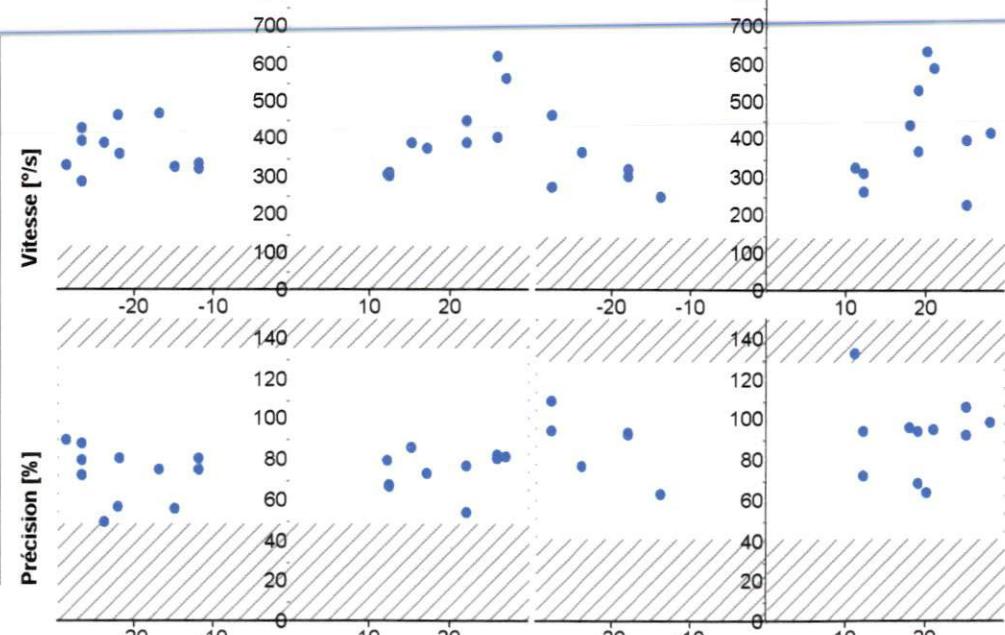
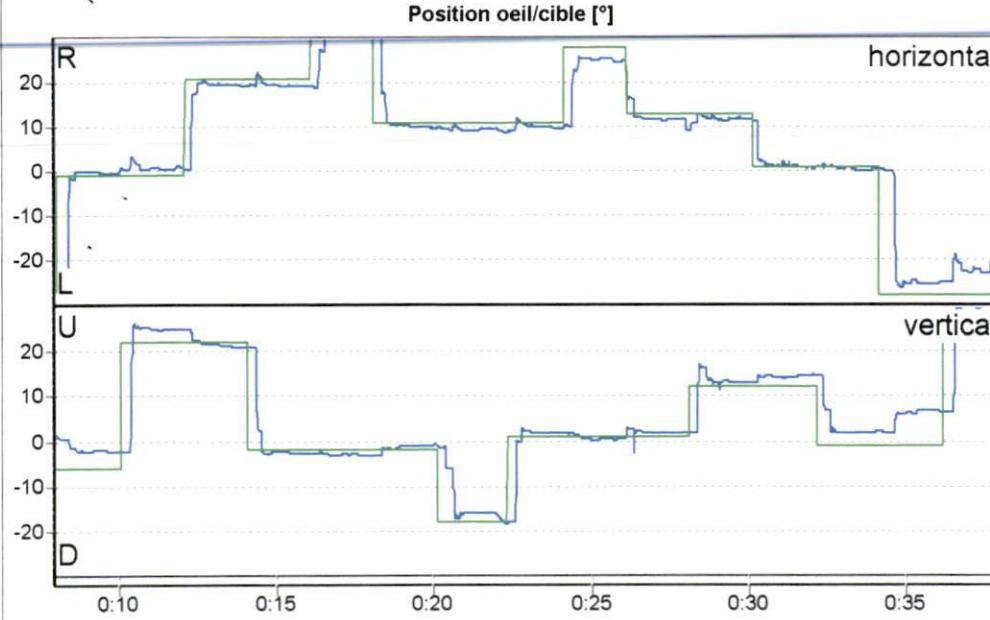
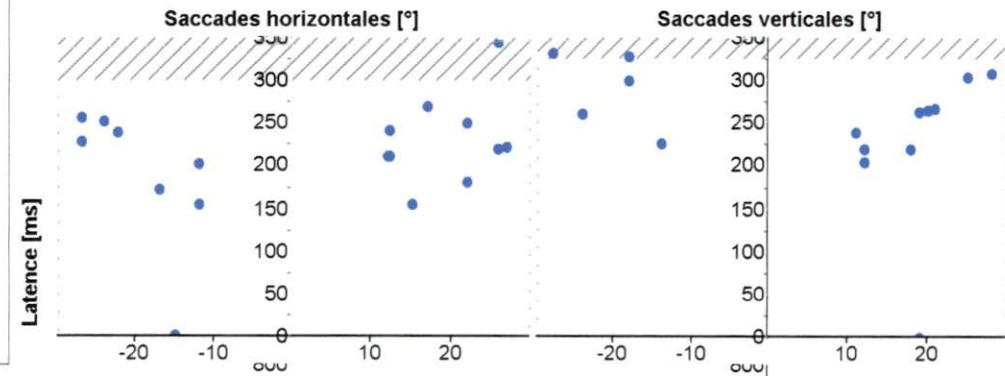


Patient: LEMSEFFER
Prénom: AZIZA
Date de naissance: 14/01/1949
Session: HE Défaut

Test: Saccade
Date: 11/05/2022
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon..: none

Notes test:

	Gauche	Droite	Bas	Haut
Mouvement de la cible	13	13	13	12
Oeil gauche				
Saccades acceptées	11	10	6	11
Latence [ms]	257	231	310	242
Vitesse [°/s]	377	412	331	413
Précision [%]	73	75	89	93
Oeil droit				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---



Pr M.Amine HESSISSEN, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI



Patient: LEMSEFFER
Prénom: AZIZA
Date de naissance: 14/01/1949
Session: HE Défaut

Test: Poursuite
Date: 11/05/2022
Masquer: Firewire mask
Oeil: Gauche (monoculaire)
Etalon..: none

Notes test:

