

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.

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
- Prendre 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.

AS : 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- 0007590

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : ENNASSIM ABDELLATIF Date de naissance : 03.10.49
Adresse : 1AAW ALAFA ANNE 712 DEROUA
Tél. : 0522 532796 Total des frais engagés : 6000 + 1250 + 11 Dhs + 930H

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. CHARRI RAHMANI
O.R.L Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El ghaffar - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 73

Date de consultation : 14 MAI 2019
Nom et prénom du malade : ENNASSIM ABDELLATIF
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension
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 : Casa


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
4 MAI 2019	G	7	250 DH	
22 MAI 2019	Impédance Métrique + Audiogramme	10	600 DH	

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
4 MAI 2019	G	7	250 DH	
22 MAI 2019	Impédancemétrie + Audiogram	600 DH		

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/05/19	93,80

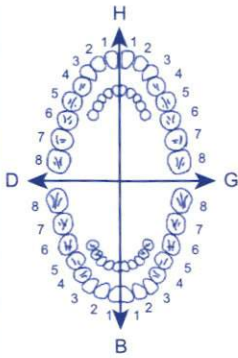
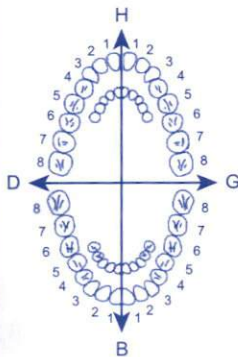
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

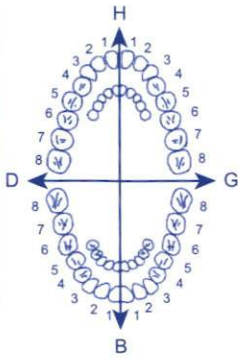
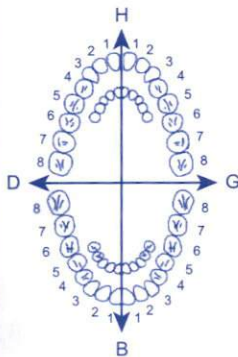
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>										
														
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

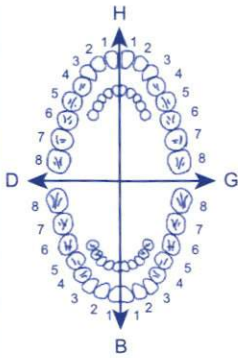
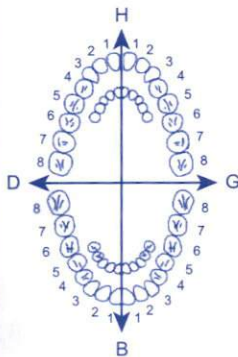
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

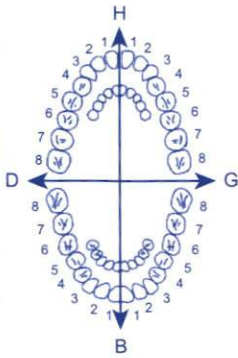
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">25533412</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

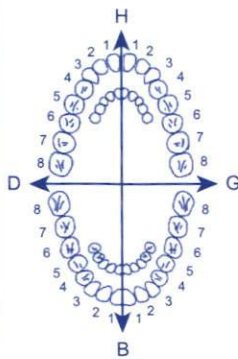
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">25533412</td><td style="text-align: center; width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

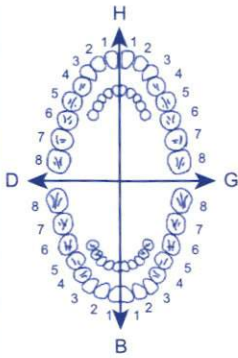
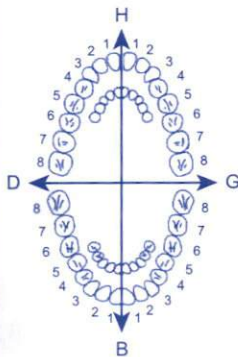
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

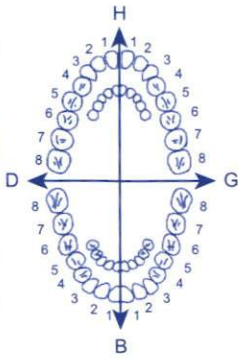
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">25533412</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. A. Chafik RAHMANI

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
et l'Académie Américaine d'O.R.L.
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
Militaires Marocains.



الدكتور ع. شفيق رحمانى
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه، العنق
خريج كلية الطب بتانجي (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات
• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

14.05.2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr ENNASSIME Abdellatif

21,80

1 POLYDEXA sol auric : FI/10,5ml

1 boîte

5 gouttes le matin et le soir, pendant 5 jours.

2 TANAKAN B/30

1 boîte

71,30

1 comprimé le matin et le soir, au cours du repas.

93,10

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 508
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernouss
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

21,80



tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS

71,30

Sur Rendez-vous بالموعد

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78 : الهاتف
Fax: 05 22 75 59 79 : الفاكس

البيضاء



Dr. A. Chafik RAHMANI

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
et l'Académie Américaine d'O.R.L.
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
Militaires Marocains.



الدكتور ع. شفيق رحمانى

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه، العنق

خريج كلية الطب بتانسي (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات

• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

22 Mai 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr ENNASSIME Abdellatif

NOTE D'HONORAIRES

IMPEDANCEMETRIE PLUS AUDIOGRAMME

K 25

#600,00#

#Six cents dirhams#

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

Sur Rendez-vous بالموعد

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78 : الهاتف
Fax: 05 22 75 59 79 : الفاكس

24، شارع أبي ذر الغفاري
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Dr. A. Chafik RAHMANI

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
et l'Académie Américaine d'O.R.L.
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
Militaires Marocains.



الدكتور ع. شفيق رحمانى

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه، العنق

خريج كلية الطب بسايبى (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات

• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

22 Mai 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr ENNASSIME Abdellatif

INDICATION D' UNE PROTHESE AUDITIVE GAUCHE

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

Sur Rendez-vous بالموعد

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78 : الهاتف
Fax: 05 22 75 59 79 : الفاكس

24 ، شارع أبي ذر الغفاري
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Dr. A. Chafik RAHMANI

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
et l'Académie Américaine d'O.R.L.
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
Militaires Marocains.



الدكتور ع. شفيق رحمانى

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحته الوجه، العنق

خرج كلية الطب بتانيس (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات

• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

22 Mai 2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mr ENNASSIME Abdellatif

22 Mai 2019

Monsieur ENNASSIME Abdellatif.

AUDIOGRAMME ET IMPEDANCEMETRIE K25
1/ IMPEDANCEMETRIE:

Les tympanogrammes sont normaux.

2/AUDIOGRAMME:

montre une hypoacousie de perception droite et gauche.

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

Sur Rendez-vous بالموعد

24, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78
الفاكس : 05 22 75 59 79

24، شارع أبي ذر الغفاري
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

E NNA S S I M E
A R D E L L A T I F

N Dossier:
Nom de famille:
Prénom:

Interacoustics A/S
Audiometer Allé 1
5500 Middelfart



Interacoustics

22/05/2019 08:35:18

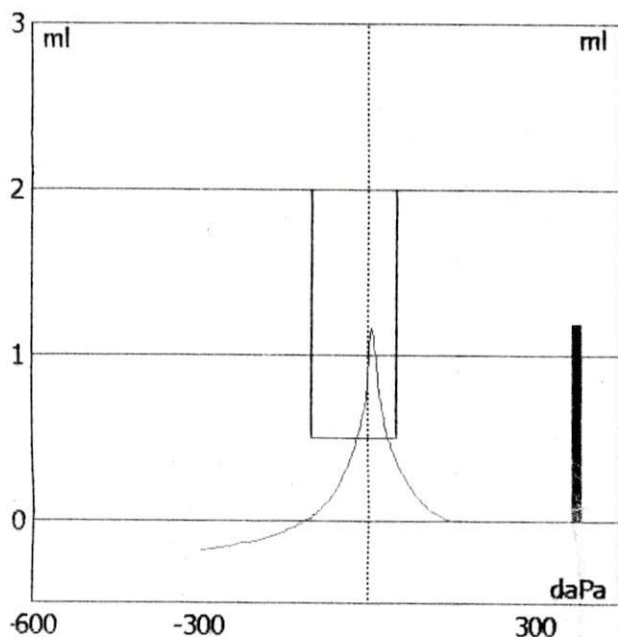
Droite

226 Hz

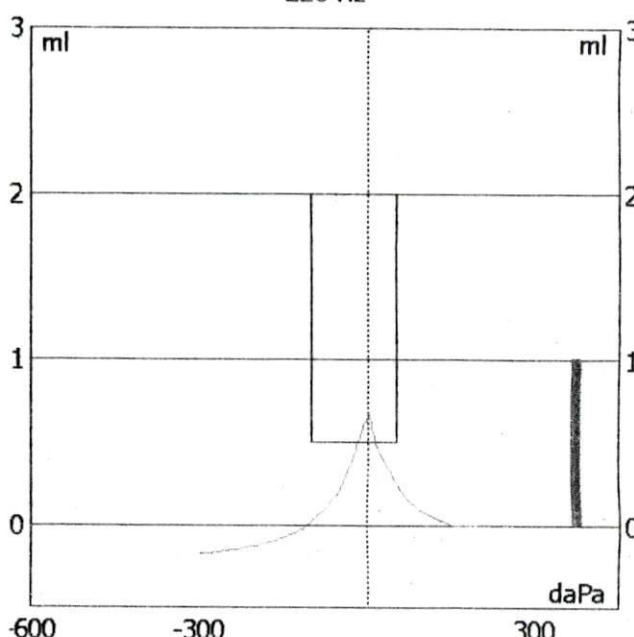
Tymp 226 Hz

Gauche

226 Hz

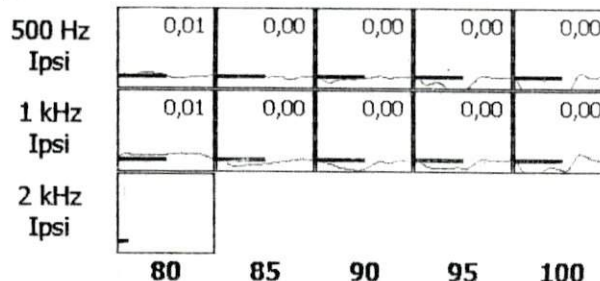
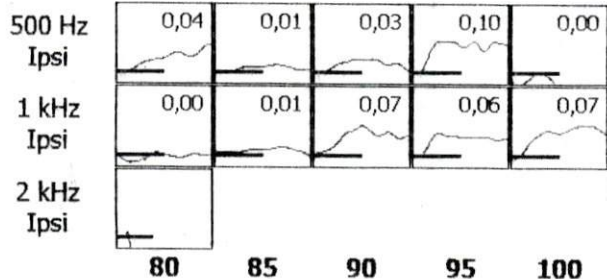


Volume (ml) 1,19 Pression (daPa) 8
Compliance (ml) 1,16 Gradient (ml) 0,87



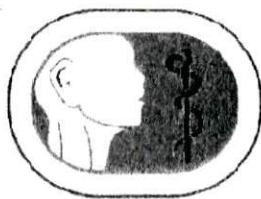
Volume (ml) 1,01 Pression (daPa) 0
Compliance (ml) 0,67 Gradient (ml) 0,43

Reflexe ipsi



Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 508
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

M. ENNASSIME
ABDELLATIF



22/05/2019 12:35:55

Droite / FF1

X-axis Tick	Série 1 (Circles)	Série 2 (Squares)
1	20	6
2	35	15
3	65	44
4	75	50
5	70	41
6	91	-

hours per day

hours per week

hours per week	hours per day
10	65
20	90
30	105
40	115
50	105

FLESHQUILLY VES SKILLABLES

	Droite		Gauche		fibrateur		fibrateur		FF1		FF2	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
HL												
UCL												

Hypocrites & people
under the

Dr. A. Chafik R.
O.R.L Chirurgie T.
Autorisation T.
24, Bd. Abi Dar El ghaffar - Sidi el noussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78