

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'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.

N° W19-523532

N° D:
35685

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAYNABY ANNIBA

Date de naissance :

24/11/1975

Adresse :

Tél. :

0606627212

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :



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
29/6/10	ca		3000	INP
29/6/10	bilan		500	S

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA PHARMACIE REGIONALE Dr Saad BEN MELLOUN Imm. 94, Lot N°1 DEROZAY Tél: 05 22 51 47 07</i>	<i>29.06.20</i>	<i>540,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	<u>30/06/2010</u>	<u>26301*</u>	<u>8800€</u>

AUXILIAIRES MÉDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 22/06/2020

Casablanca, le

Madame

AMINA ZANARY

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&

7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Tanganil® 500 mg
تابخانيل® 500 ملجم
30 قرص -

728860

VTE : MA - PPV : 51DH00



MB757 0123

LOT PER

Prix 99.00

- 1.39



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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 11.6.10

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

..... 100/110 dir. dh
ZAMAN YAHIA

CODE AL FARABI
Centre d'ORL Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85
INPE : 094 033 753



A+I

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 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

ZANZIBAR AL MUREKKEB Le..... 02/06/10
R.H.

Renseignements cliniques :

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

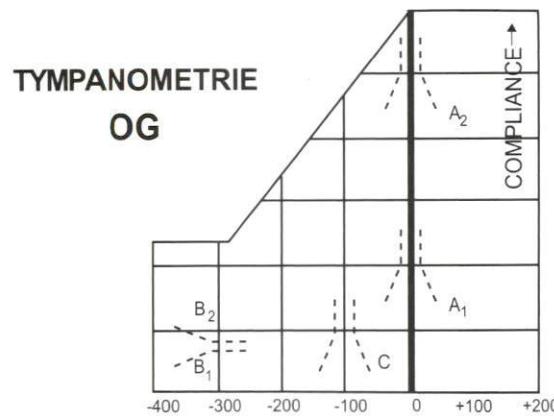
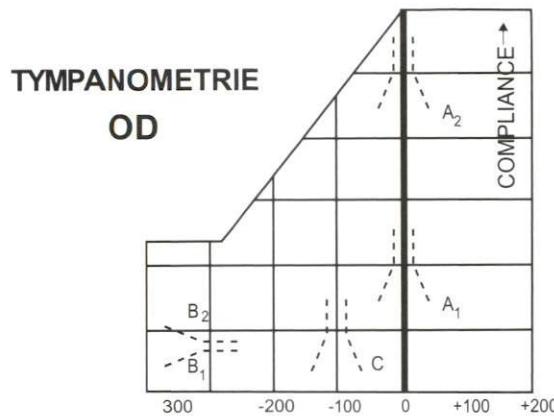
PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

Centre ORL Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tél : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85
INPE : 031033733

IMPEDANCEMETRIE



REFLEXE STPEDIEN

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

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

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB
> 15 ans = 80 à 95 dB

AUDIOGRAMME

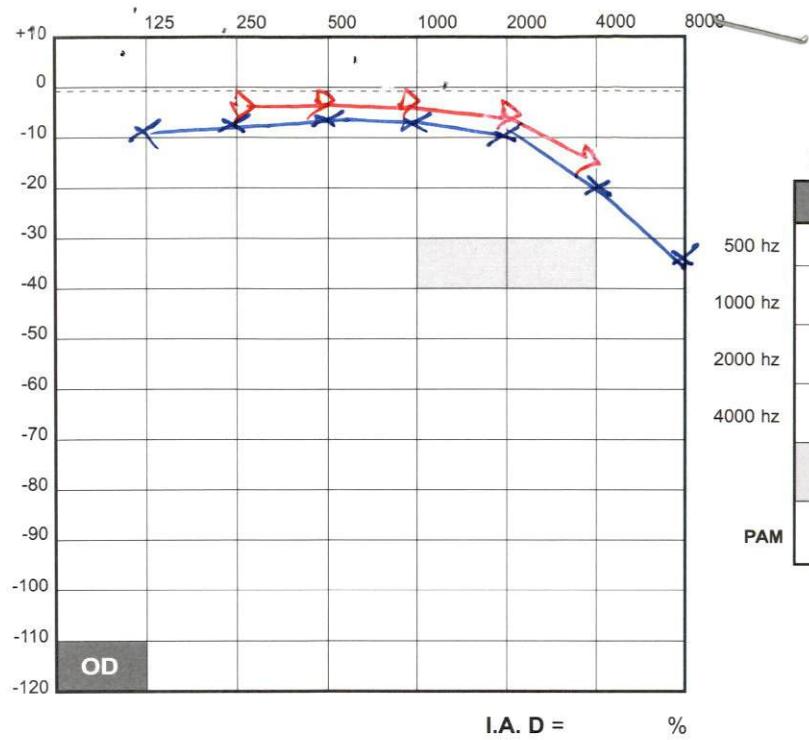
NOM ZAHAROV

Prénom : Hélène

Date de naissance Date d'examen 22 JUIN 2020

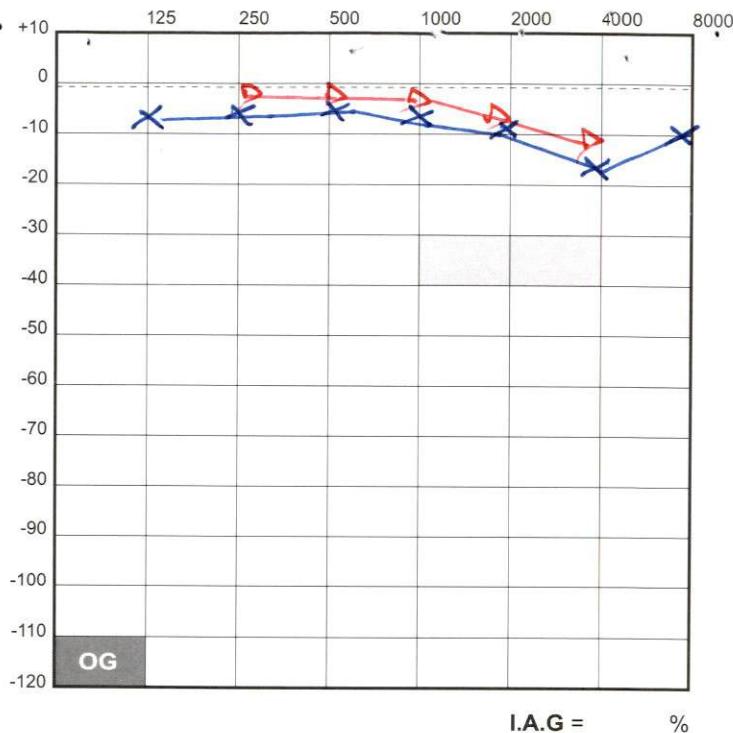
Observations





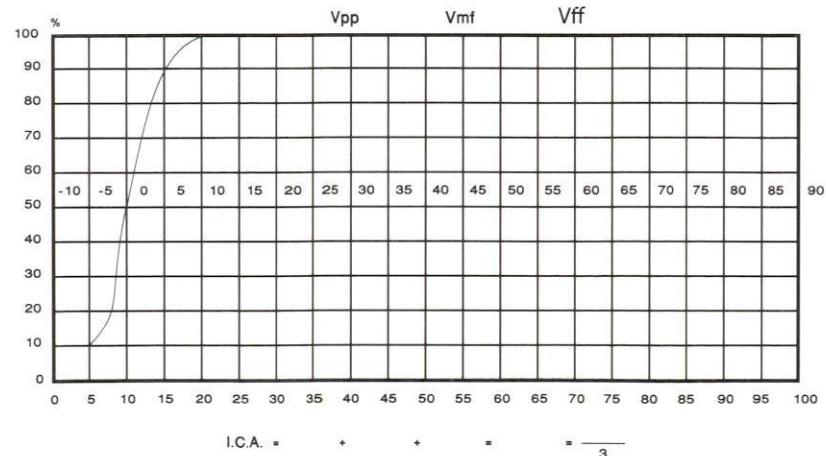
PERTE AUDITIVE

	OD	OG
z	db	db
M	db	db



I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



OD : Oreille droite

OG : Oreille gauche

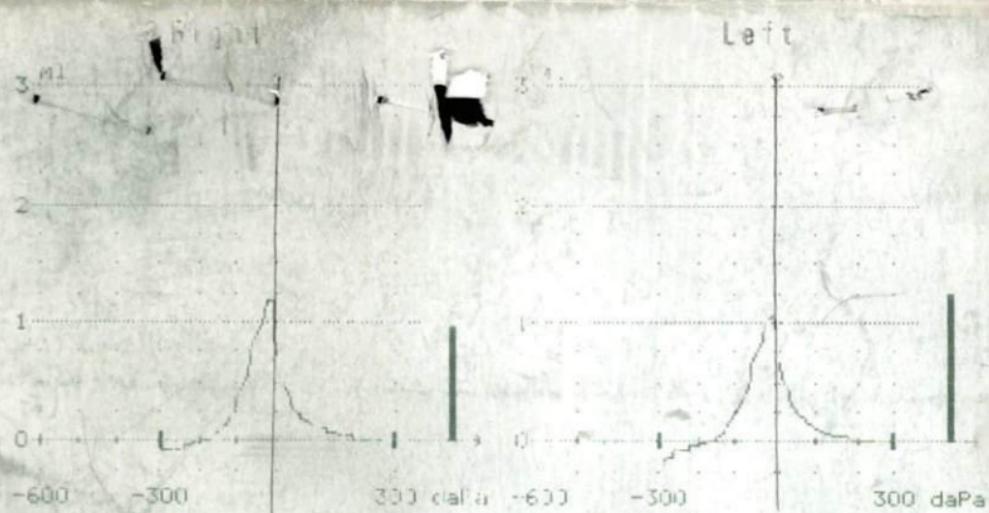
PAM : Perte auditive moyenne

IA : Pourcentage d'incapacité auditive



AT235

Tympanogram



Ear Volume 0.97 ml
Compliance 1.20 ml
Pressure -27 daPa
Gradient 0.69 ml

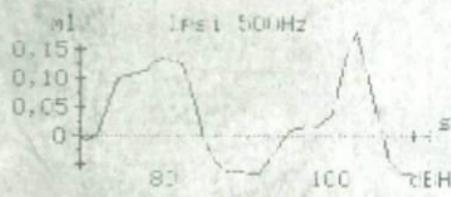
Ear Volume 1.24 ml
Compliance 1.08 ml
Pressure -14 daPa
Gradient 0.64 ml

Reflex

Right

Pressure -27 daPa

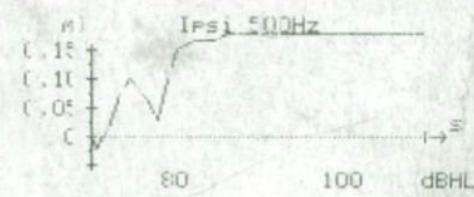
Sequence



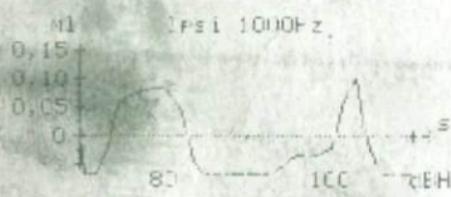
Left

Pressure -14 daPa

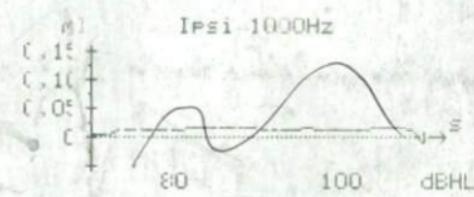
Sequence



Sequence



Sequence



Sequence



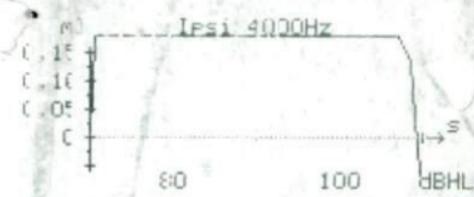
Sequence



Sequence



Sequence



Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

Nº Admission : 20006245 Nº Facture : 20006111 Date facturati: 30/06/2020

Nom et prénom du patient : **Mme ZANARY AMINA**

PRESTATIONS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO THYROIDIENNE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	400.00 DH

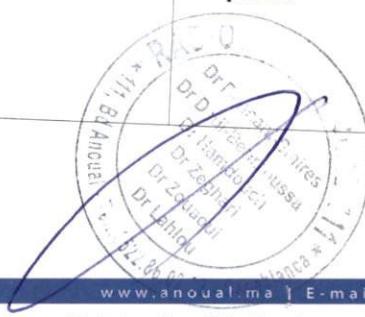
arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : **400,00DH**

Adhérent : ZANARY AMINA
Mle :
PC N° : 1111

Part organisme : 0.00 DH
Part patient : 400.00 DH





RADIO

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراهي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 0522 47 20 20 /47 30 30 FAX :0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme

ZANARY AMINA

Le

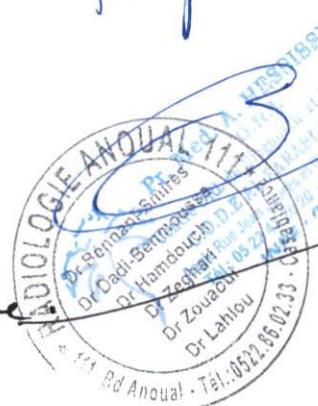
Renseignements cliniques :

Age :

Thyroïde palpable

Nécessite la radiographie suivante :

- Rx POUMON
- Rx PANORAMIQUE
- BLONDEAU SCANNER
- I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- Rx COLONNE CERVICALE (F/P)
- ECHOGRAPHIE Thyroïde
- T. D. M.



.....

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 30 Juin 2020

PR. MED. A. HESSISSEN

MME. ZANARY AMINA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

- La glande thyroïde est de volume normal :
 - Le lobe droit mesure : 52 x 21 x 16mm.
 - L'isthme mesure : 4mm.
 - Le lobe gauche mesure : 48 x 16 x 12,5mm.
- On individualise au niveau de l'isthme un kyste infracentimétrique mesurant 30 x 34 x 23mm, très légèrement remanié.
- Il n'y a pas d'autre lésion nodulaire ou kystique identifiable.
- Absence d'adénopathie cervicale d'allure évolutive.
- Aspect normal des glandes sous maxillaires et parotides.

Conclusion :

Echographie thyroïdienne ne révélant pas d'anomalie en dehors d'un petit kyste infracentimétrique de l'isthme légèrement remanié, pouvant être classé TIRADS 2.

