

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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° P19- 0041983

NO: 48033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11927 Société : R

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DR. FATIMA

Date de naissance : 22/12/1965

Adresse : 502, rue Ouled el Moudjahid Casablanca

Tél. : 0603311923 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : DR. FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection ORL

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 : 21/11/2020

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
26/10/20	G2+K5		3500	
26/10/20	K10+K15		5000	
02/11/20	G2		Contrôle	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Pature

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

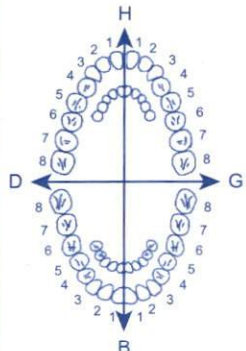
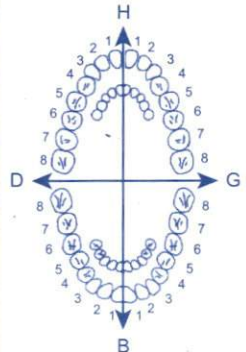
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
28/10/20						1000

# 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

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

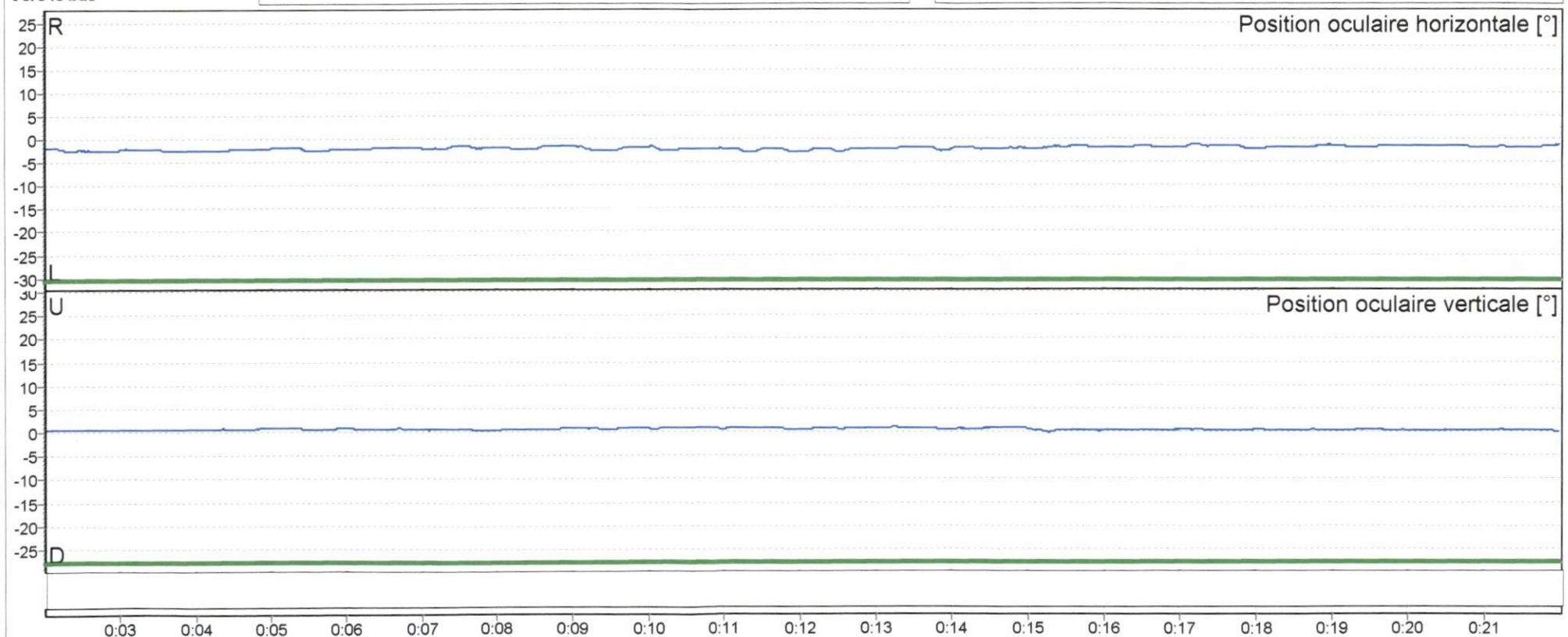
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

<b>Patient:</b>	DRIFI	<b>Test:</b>	Nystagmus spontané	<b>Notes test:</b>
<b>Prénom:</b>	FATIMA	<b>Date:</b>	28/10/2020	
<b>Date de naissance:</b>	01/01/1945	<b>Masquer:</b>	Firewire mask	
<b>Session:</b>	LA	<b>Oeil:</b>	Gauche (monoculaire)	
	Défaut	<b>Etalon...:</b>	none	

Nystagmus direction	Oeil droit			Oeil gauche		
	a.SPV	Secousses/s	Secousses	a.SPV	Secousses/s	Secousses
Gauche	---	---	---	1.3°/s	0.0/s	1
Droite	---	---	---	---	---	0
Vers le haut	---	---	---	---	---	0
Vers le bas	---	---	---	---	---	0





# Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

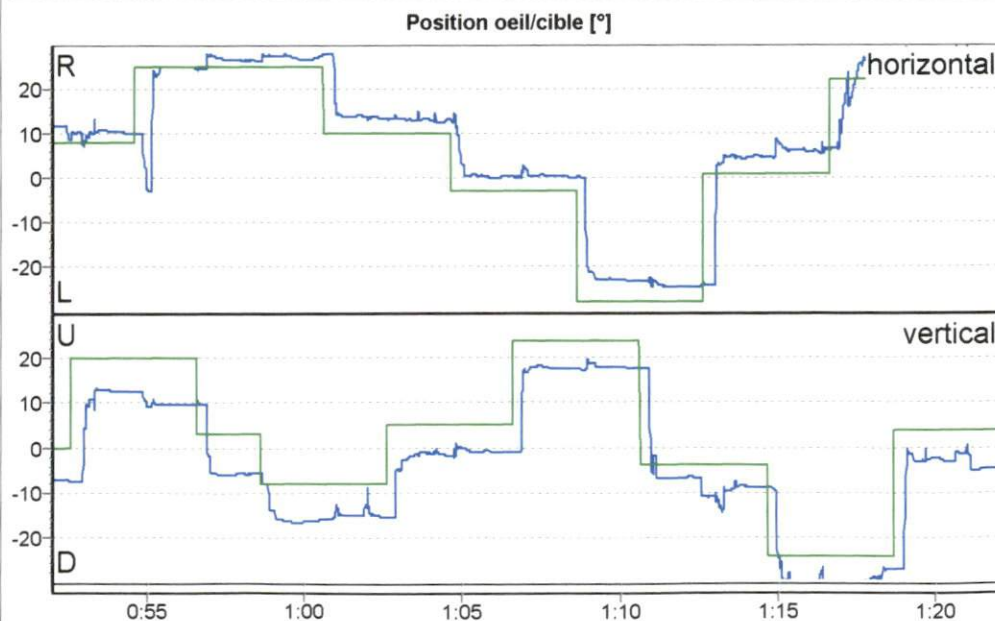
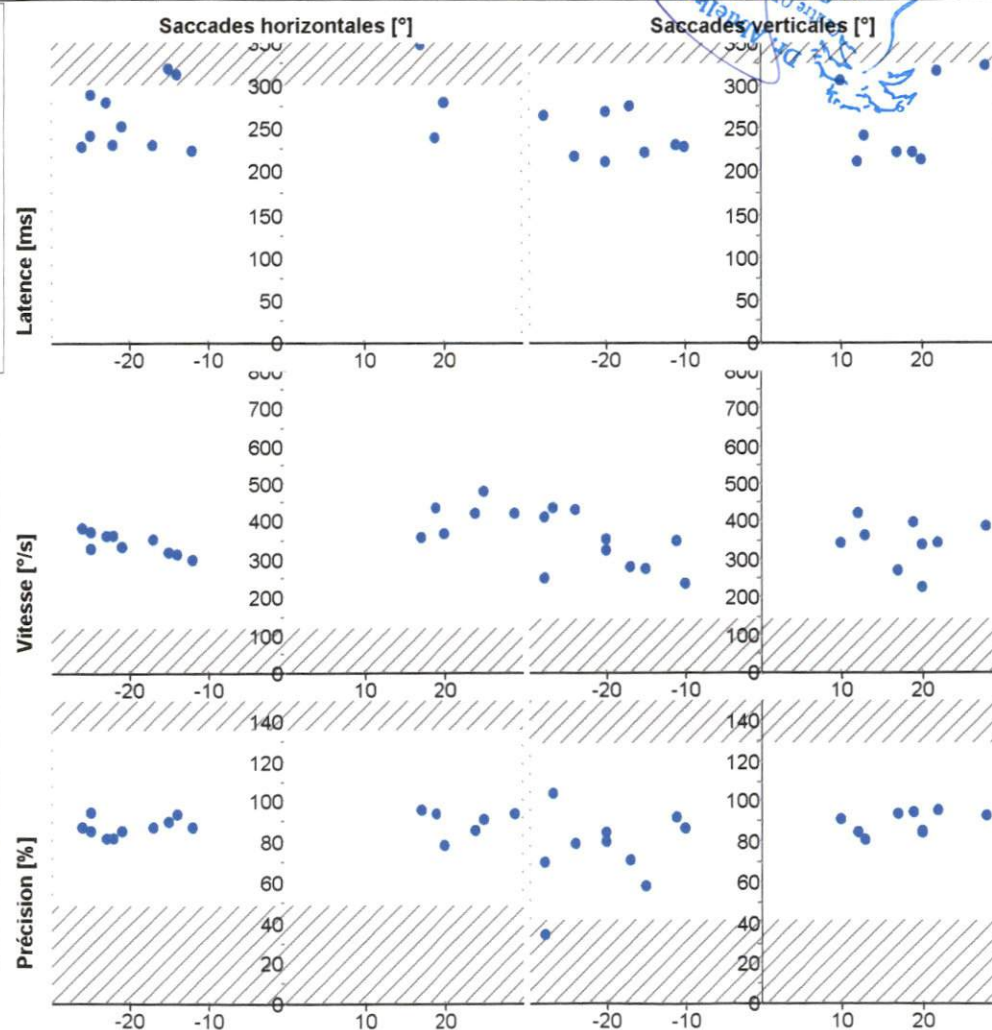


**Patient:** DRIFI  
**Prénom:** FATIMA  
**Date de naissance:** 01/01/1945  
**Session:** Défaut

**Test:** Saccade  
**Date:** 28/10/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:** Gauche (monoculaire)  
**Etalon...:** none

Notes test:

	Gauche	Droite	Bas	Haut
<b>Mouvement de la cible</b>	12	12	13	12
<b>Oeil gauche</b>				
Saccades acceptées	10	6	10	9
Latence [ms]	262	337	273	271
Vitesse [°/s]	343	414	335	344
Précision [%]	88	90	76	89
<b>Oeil droit</b>				
Saccades acceptées	---	---	---	---
Latence [ms]	---	---	---	---
Vitesse [°/s]	---	---	---	---
Précision [%]	---	---	---	---



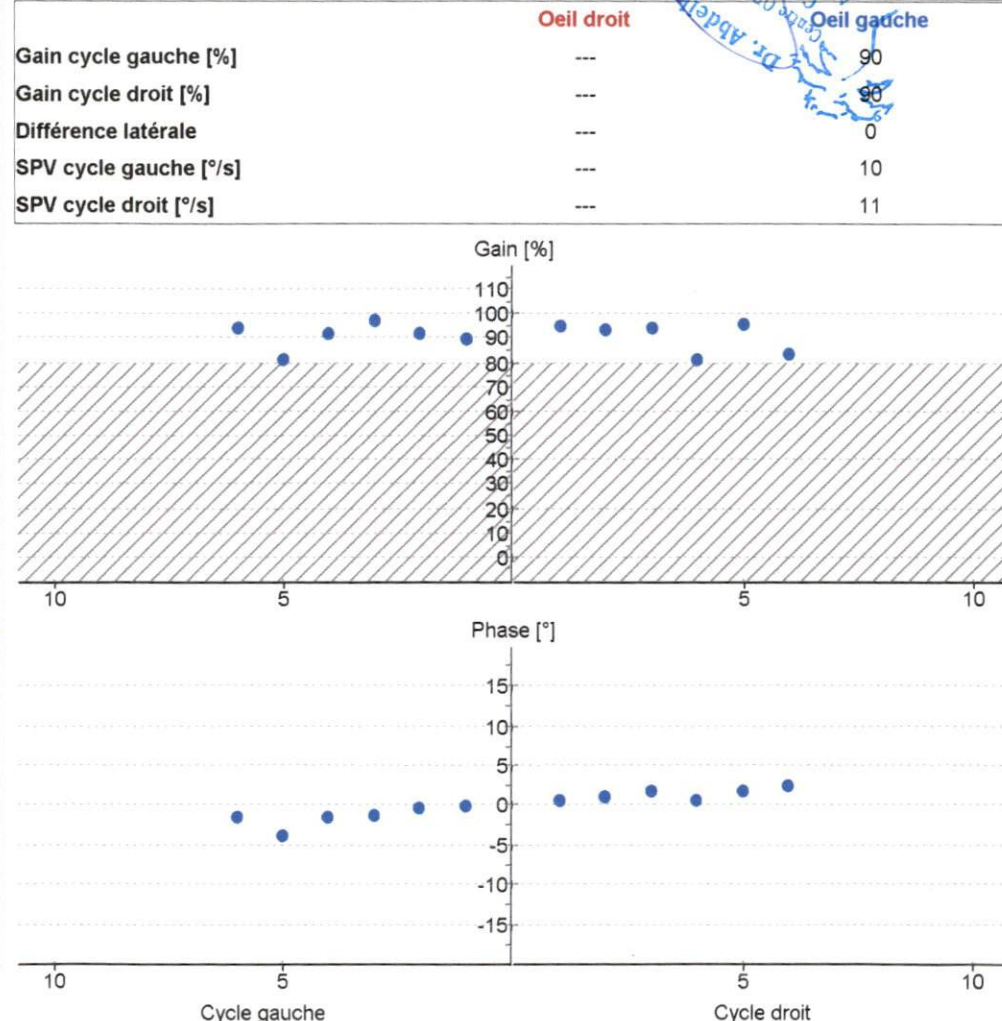
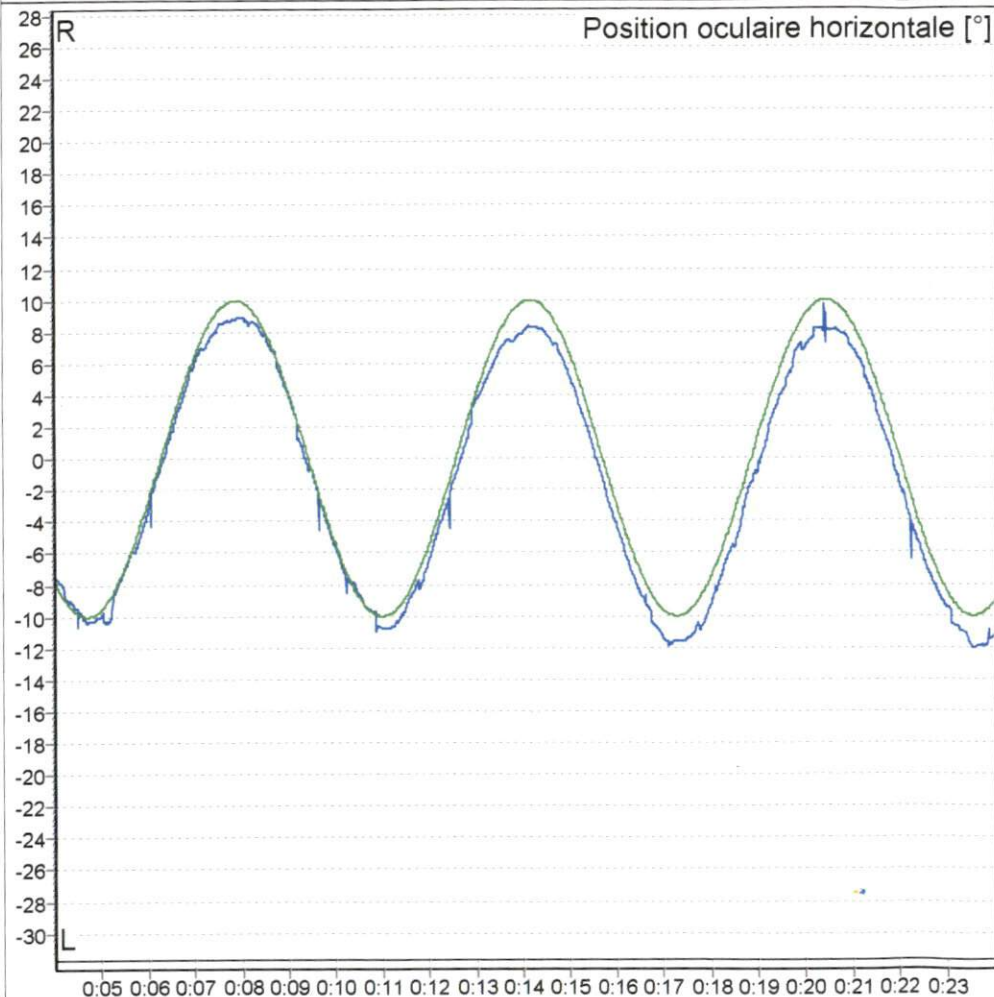
# Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

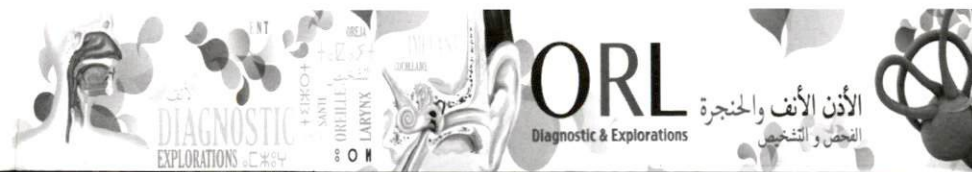
**Patient:** DRIFI  
**Prénom:** FATIMA  
**Date de naissance:** 01/01/1945  
**Session:** Défaut

**Test:** Poursuite  
**Date:** 28/10/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:** Gauche (monoculaire)  
**Etalon...** none

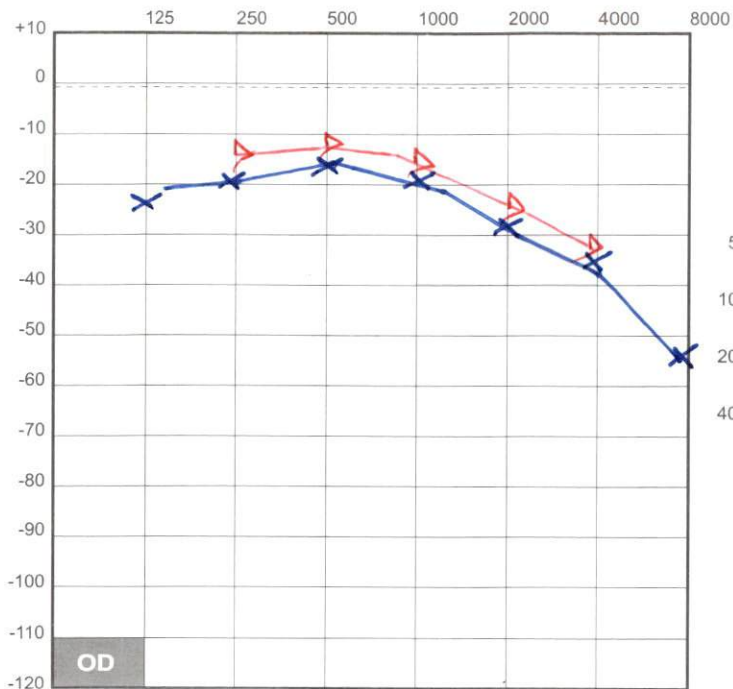
Notes test:

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
 C.O.P.E. AL FARABI  
 Centre de Diagnostic et d'Explorations  
 Ophtalmologiques et Oculomotrices  
 10, rue Hassan II - Casablanca  
 Tél : 05 22 20 18 83  
 Fax : 05 22 20 18 83  
 INPE : 091091439









I.A. D = %

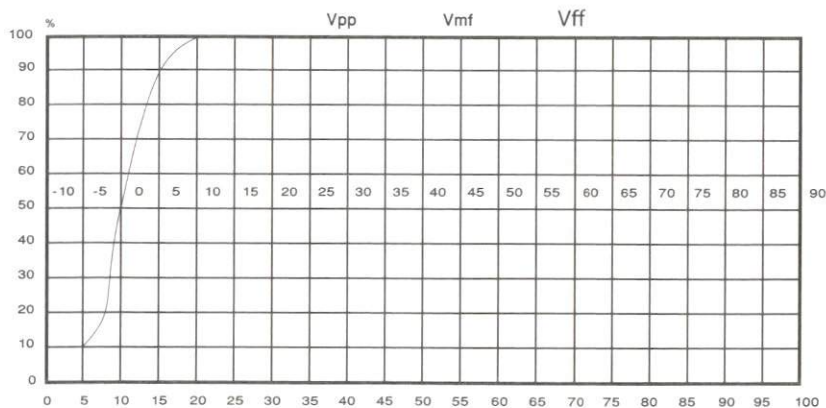
### PERTE AUDITIVE

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



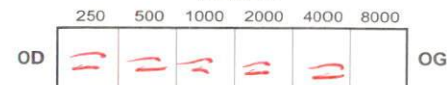
I.A. G = %

### EPREUVES VOCALES



I.C.A. = \* \* \* = 3

### WEBER



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



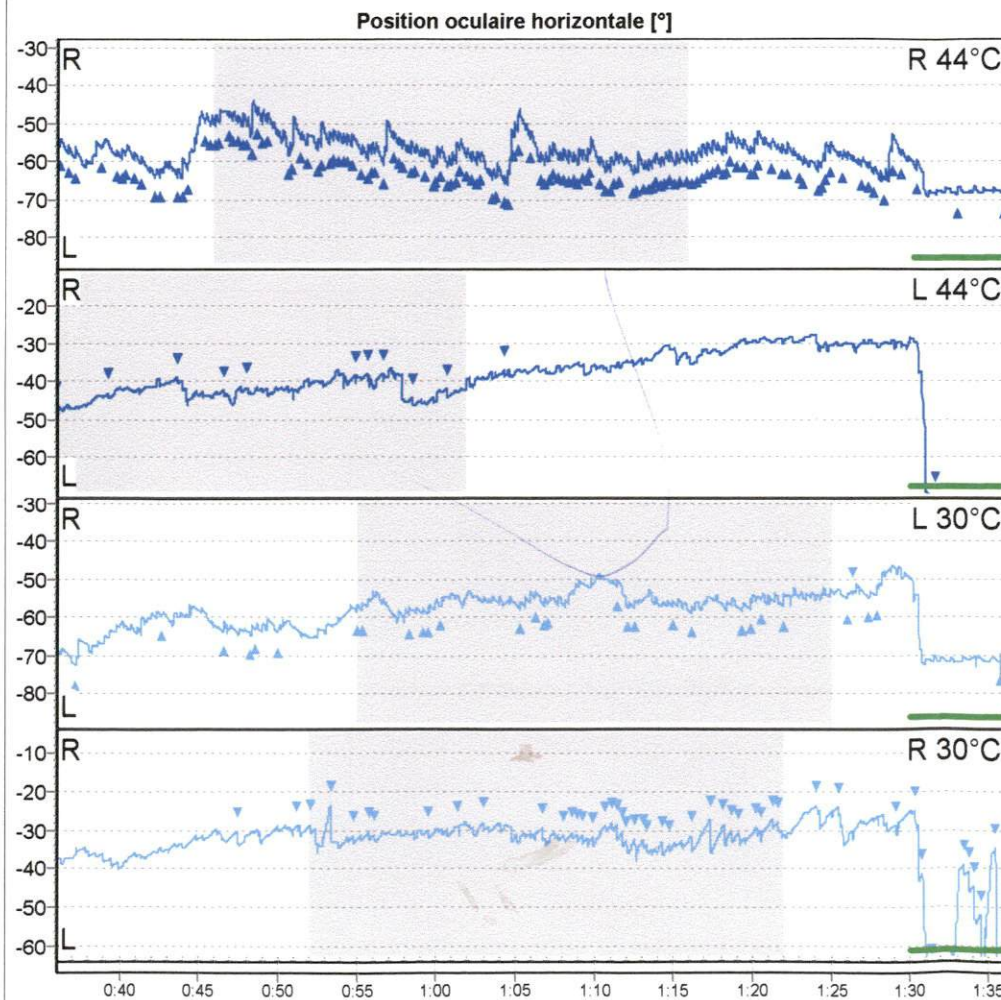
# Dr Abdelkrim LAMRANI, CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

**Patient:** DRIFI  
**Prénom:** FATIMA  
**Date de naissance:** 01/01/1945  
**Session:** Défaut

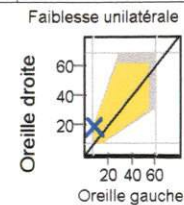
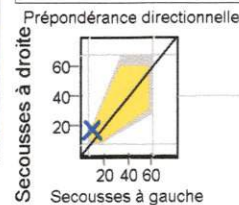
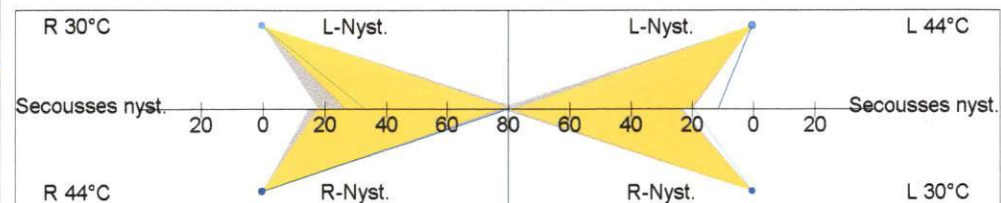
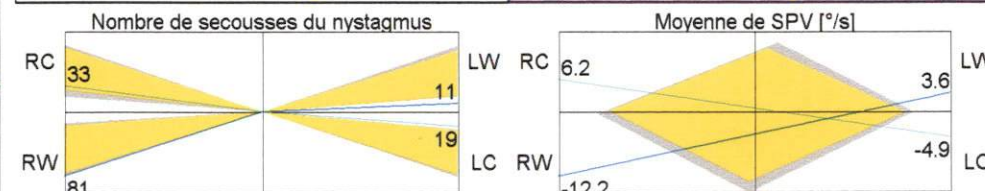
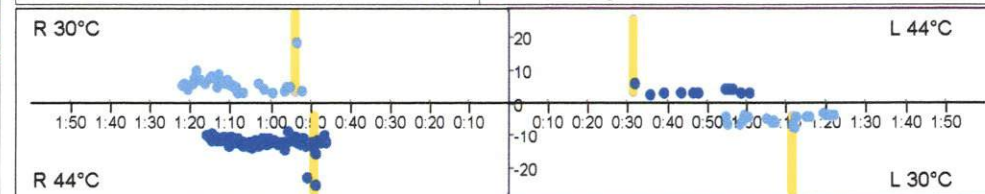
**Test:** Calorique  
**Date:** 28/10/2020  
**Masquer:** Firewire mask  
**Oeil:**  
**Etalon...:** none

Notes test:

Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration  
C.O. Dr. AL FAKHRI Casablanca  
Angle rue Jean Jaurès et Ibrahim Roustant - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
MPF : 091091439  
Dr. Abdelkrim LAMRANI



Moyenne horiz.	a.SPV[°/s]	Indice fix.	Faiblesse unilatérale :	
R 44°C:	-12.2	20 %	Oreille droite :	36% gauche 18.36°/s
L 44°C:	3.6	---	Oreille gauche :	8.57°/s
L 30°C:	-4.9	100 %	<b>Prépondérance direc.:</b>	<b>27% droit</b>
R 30°C:	6.2	100 %	Secousses à droite :	17.12°/s
<b>SPV total :</b>	<b>26.9</b>	<b>SPN:0.0</b>	Secousses à gauche :	9.80°/s







AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

28/10/2020

Casablanca, le .....

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

COMPTE RENDU

VIDEONYSTAGMOGRAPHIQUE

MME DRIFI FATIMA

- Pas de nystagmus spontané
- Poursuite non saccadique
- Déficit vestibulaire gauche non compensé
- Pas de signes centraux



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

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
C.O.D.E AL FARABI  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès des Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
IMPE : 09109139

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le .....

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

NOTOIRIQUA

Dr. LAMRANI

500,00



Angle  
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

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
IMEL : 001001439







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 26/10/20

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (K5) pour microaspiration pour bouchon de cérumen

360DHS/ Trois Caud Aquanto DHS  
D.R.F. FATIMA

**code**  
AL FARABI

A+I

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة القرايبي**  
**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

Le.....

Renseignements cliniques : .....

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  P E A

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091091439





AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي  
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 ..... 26.10.20.....

Reçu la somme de .....

De Mr, Melle, Mme .....

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10) .....

Centre O.R.L. AL FARABI  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
TEL : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85  
INPE : 091091489

**code**  
**AL FARABI**

A+I

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحجرة 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, Enfant

Renseignements cliniques

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  PEA

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

Le...

26/10/20

DR. F. FATIMA

Bila

KFO

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
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 : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85  
INPE : 022 20 18 85



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرايبي  
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 .....

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemetrie (K15 + K10).

5000 DH  
DR. F. FATIMA

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
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 : 091091439



Dr. Abdelkrim LAMRANI  
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 : 091091439



# CODE SPECIALISEE AL FARABI

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

FACTURE N° 326/2020  
NOM - PRENOM : DARIFI FATIMA

ACTES MEDICAUX			HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION				
VNG		1000,00	DR LAMRANI	500,00
MANŒUVRES				
AUDIOGRAMME				
FRAIS CLINIQUE		1000,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>1 500,00</b>
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE				
<b>MILLE CINQ CENTS DHS</b>  				
CASABLANCA L28/10/2020				
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				