

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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 044729

64271

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAO AHMED 0442

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 396 NAWRASS DARBOUATTA CASSA

Tél. : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MURALLAH L. ZOUHRI Line Babdine
Professeur adjoint
CHU - Chirurgie du Cou
ORL - Chirurgie et du Rongement
Chirurgie Maxillo-Faciale et de la Surréité
Chirurgie des Maladies de la Surréité

Date de consultation : 25/02/2021

Nom et prénom du malade : MERZAO AHMED Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection AL

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 : 23/03/2021


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
25.02.2011	C3		300 +	
01.03.2011	C4		6	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.02.2011	23		300 +	
01.03.2011	6		6	

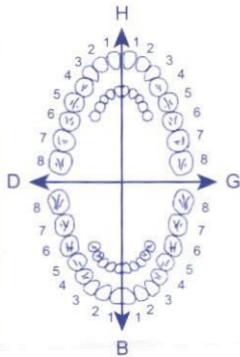
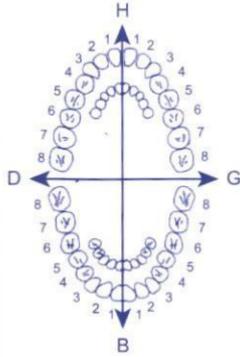
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/21	190,00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> Seed BOUZIANE WARTINI PHARMACIE DOURANE LAHLALFA DAR BOUAZZA DAR BOUAZZA Tél: 022 99 52 54 SM: 001 99 02 19 </p>	25/2/21	190,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/2/21	Scouter de type uon	1500dh

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/2/21	Scouter de jour non	1500dh

[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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de																																												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																											
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> <td style="padding: 5px;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																								

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

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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 L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمم

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injectons et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأنف والحنجرة والشخير

تجميل الوجه وجراحة الوجه والفك

تقويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 25/02/2021

M. MARZAQ Ahmed

LO: 010A
PER: 05/2022
PPV: 190,00 dh

Aeromax

Deux pulvérisations dans chaque narine 1 fois
par jour le matin pendant 30 Jours.

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقويم الدوار والصمم

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injectons et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأنف والحنجرة والشخير

تجميل الوجه وجراحة الوجه والفك

تقويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 25/02/2021

Examen Radiologique

M. MARZAQ Ahmed

Faire pratiquer svp :

- Scanner des fosses nasales avec des
coupes frontales et axiales

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Polypose naso-
sinusienne multi opérée

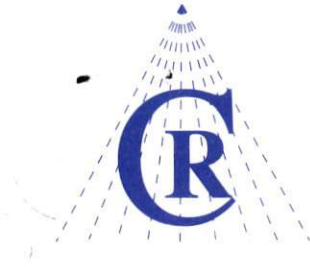
CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOL
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 05 22 27 44 28

25/02/2021
Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI
Professeur Agrégé
ORL - Chirurgie du Cou
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement
Esthétique de la face
Injectons et Comblement
Exploration des Vertiges et de la Surdité
Allergologie

119, شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2  me étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : **05 22 25.72.72**

E-mails : laraquizeelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874



Casablanca le 25/02/2021

Médecin Traitant : **DR Z. E. NOURALLAH LARAQUI**

Nom du patient : **MR MERZAQ AHMED**

Examen Réalisé : **SCANNER DES SINUS DE LA FACE**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Bilan.

TECHNIQUE :

Examen réalisé en acquisition volumique en coupes transversales et coronales.

RESULTATS :

Comblement total de la lumière du sinus maxillaire gauche.

Discret épaissement en cadre de la muqueuse du sinus maxillaire droit.

Épaississement irrégulier et polypoïde comblement les fosses nasales ainsi que les cellules éthmoïdales et frontales.

Discret épaissement en cadre de la muqueuse du sinus sphénoïdal.

On note la présence d'un petit ostéome au niveau de la paroi éthmoïdale gauche.

Les choanes sont libres.

Aspect normal du relief muqueux rhino-pharyngé.

Absence d'autre anomalie décelée au niveau des parois osseuses.

On note les signes de méatotomie antérieure.

CONCLUSION :

Aspect de polypose naso-sinusienne prédominante au niveau du sinus maxillaire gauche, des cellules éthmoïdales et frontales avec des stigmates de sinusite chronique au niveau du sinus maxillaire droit et sphénoïdal.

Bien confraternellement à vous.

DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tel. 05 22 27 44 27 / 77 44 / 66 61 67 45 72