

RÉCOMMANDATIONS 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise 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.

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- 050759

87667

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL NOURDINE

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 7ème ADRESSE

Tél. : 0675684193 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2021

Nom et prénom du malade : EL HAIL NOURDINE Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff - Su -

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

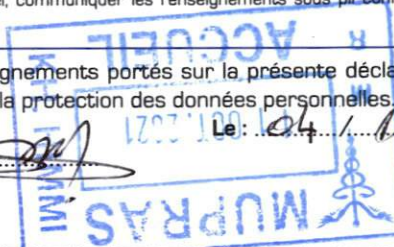
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : BERRERD

Le : 04/10/2021

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
04/10/2021		5	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ABOUBADALLAH Nawfal د. أبو باد الله نوافل Clinique 101/2017 Dentec 110	04/10/2021	Coef. ceruicale	300 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

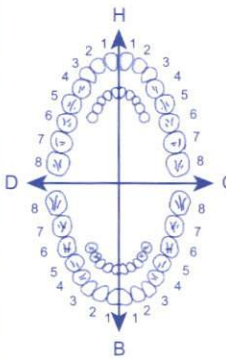
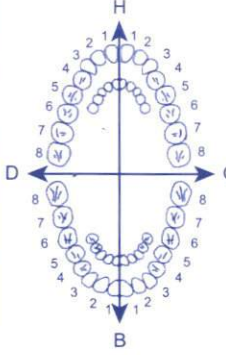
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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																	
	[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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet
d'Implantation
Cochléaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

2957

الدكتور عبد الحميد بنغاليم
استاذ مبرز
أمراض وجراحة الأنف و الأنف و الحنجرة
عضو الأكاديمية الفرنسية
مقيم سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس
عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة
رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL
كاتب عام MAFOS
عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

PROFESSEUR AGREGÉ

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE L'EAONO

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le 04/01/2021 في الدار البيضاء،

M^r / M^{me} - Enfant : ELHAÏL Noureddine

- ☐ RADIO DU CAVUM DE PROFIL
- ☐ RADIO DES OS PROPRE DU NEZ + GOSSEREZ
- ☐ RADIO PULMONAIRE
- ☐ BLONDEAU - SCANNER
- ☐ SCANNER :
- ☐ IRM :
- ☐ SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE
- ☐ RADIO PANORAMIQUE
- ☒ ECHOGRAPHIE : thyroïdienne

DR. BENGHALEM A.
PROFESSEUR AGREGÉ ET
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité
Casablanca - Tél. 0522 48 60 00 / 0522 48 63 63

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 01 / 05 22 48 60 00 - الفاكس : 05 22 26 99 42
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42
E.mail : benghalem@benghalem.ma

NOM & PRENOM
EXAMEN

: EL HAIL NOUREDDINE
: ECHOGRAPHIE CERVICALE

Berrechid le :

04/10/2021
Dr. ABOU BADAIAH Nawfal
Clinique Ibn Zohr Berrechid

COMPTE RENDU

Cher confrère, Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.

RESULTAT :

En comparaison avec le dernier examen échographique réalisé le 09/06/2020 on note :

Thyroïde de petite taille :

- *Lobe thyroïdien droit* mesure 53x15x13mm. Ses contours sont réguliers.
- *Lobe thyroïdien gauche* mesure 36,5x13x13mm. Ses contours sont réguliers.
- *Isthme thyroïdien* mesure 4,5mm de diamètre antéro-postérieur sur une coupe transversale.

Stabilité de l'étendue des plages hypoéchogènes médio-lobaires antérieures bilatérales en rapport avec des foyers de thyroïdite.

Absence de lésion nouvellement apparue dans l'intervalle des examens.

Absence d'adénomégalie jugulocarotidienne bilatérale.

Axes vasculaires cervicaux perméables et de calibre normal.

Glandes sous mandibulaires de taille et d'échostructure normales.

Absence de lésion d'allure évolutive au niveau du plan cellulo-graisseux sous cutané.

AU TOTAL :

En comparaison avec l'examen échographique réalisé le 09/06/2020 on note un aspect superposable avec stabilité de l'étendue des plages hypoéchogènes médio-lobaires en rapport avec des foyers de thyroïdite, sans lésion nouvellement apparue dans l'intervalle des examens.

À confronter aux données cliniques et biologiques.

Dr. ABOU BADAIAH Nawfal
D. توفيق
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR

مصحة ابن زهر
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 04/10/2021
مصحة ابن زهر

CLINIQUE IBN ZOHR

INPE, code à barres

0 6 0 0 6 2 7 1 8

ESTIMATION N°

Assuré

Nom & Prénom

N° CIN

N° immatriculation

Médecin correspondant :

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

Berrechid le :

1889 / R / 2021

Bénéficiaire

Nom & Prénom EL HAIL NOURDDINE

N° CIN

☐

Assuré(e)

☐

Conjoint

☐

Enfant

N° TEL : 0675684193

RADIOLOGIE-IMAGERIE

Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
ECHOGRAPHIE - CERVICALE	1	400,00		400,00
TOTAL				400,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

QUATRE CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE

- 100 Dh par codex de Du
Nounfi

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46, Lot El Amal - Berrechid

PAYE

2957

