

## 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.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055014

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1282 Société : 119561  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZARKI MUSTAPHA  
Date de naissance : 1949  
Adresse : COTISSE MARJ FATAH N147  
AULFA CASA  
Tél. : 06 11 88 11 76 Total des frais engagés : 119360 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 10/06/2022  
Nom et prénom du malade : ZARKI MUSTAPHA 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° 14-A-215/2019



# 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
10/06/22	G		28004	
16/06/22	CTA	CERT		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/22	295,90
	16/06/22	27,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/06/22	Amelia	6400
	16/06/22	Stoum	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

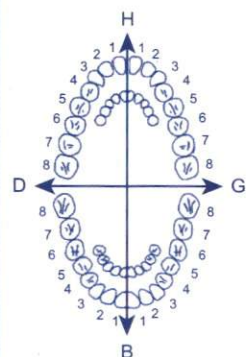
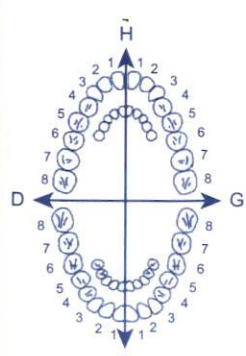
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

IN 09 203067

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA

Lot. Maj. Rue N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Le 16/06/22  
RUSTAPHA

Facture N° 74

Quantité	Désignation	Prix	Montant
128	03 Metformine	199	59,70
	01 - Pul. off. de	180	28,00
			77,70

Chlorhydrate de metformine 1000mg

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : SMA057  
PER : 11/2021

6 118000 062141

Adulte / Enfant  
de plus de 10 ans

Voie Orale

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

19,00  
**pulmofluide®**  
simple

**Rhumix®**

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191032

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 20E033  
PER : 02/2023

6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

LOT : 20E031  
PER : 01/2023

6 118000 062141



# Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L. et Chirurgie de la Face et du Cou.  
Explorations Fonctionnelles  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.  
Ancien Interne de C.H.U. de Grenoble, Rouen et Bruxelles.  
Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



## الدكتور كمال المخلوфи

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق.  
الكتشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار  
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.  
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،  
بروكسيل، فرنسا  
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

16/6/22  
Zakki Nasr

PPV: 48DH50  
PER: 04/25  
LOT: L959

BOTTU SA  
PPC: 109 DH 00



LOT: M0751  
EXP: FEV 2025  
PPV: 19,80 DH

N° du Lot J 5  
Date Per. 9 0 4  
P.P.V: 119,10 DH

1 Boulevard Abdelhadi Boutaleb  
20230 Casa - Tél. 06 22 89 52 52  
N°PE: 091154608

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca  
E-mail: Kamalori@hotmail.com - Tél.: +212 522 89 52 52 - Urgence.: 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضورية للحى الحسنى، متلقى شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 الدار البيضاء  
البريد الإلكتروني: Kamalori@hotmail.com - الهاتف: 05 22 89 52 52 - المستعجلات: 06 76 27 76 65



**Dr. Kamal EL MAKHLOUFI**

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



**الدكتور كمال المخلوفاي**

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .

والكتشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

10/6/22  
M. Zarkh - Austroph

Blondeau Scanner

1. Smus 9  
Chougué -

**Dr EL MAKHLOUFI Kamal**

*Spécialiste O.R.L.*

1 Boulevard Abdallah Boutaleb

20230 Casa - Tél 05 22 89 52 52

INDE 091164608

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان و طريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65



M U P R A S

N° Admission : 22006286 N° Facture : 22006134 Date facturation : 15/06/2022

Nom et prénom du patient : Mr ZAKRI MUSTAPHA

PRESTATIONS

Nombre

Prix unitaire

Montant

SCAN BLONDEAU

1.00

640.00

640.00

Sous-Total

640.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quarante dirhams

Total

:

640.00 DH

Adhérent

:

Mle

:

PC N°

:

Part organisme

:

0.00 DH

Part patient

:

640.00 DH

RADIOLOGIE ANOUAL  
Dr. LAHLOU  
Dr. M. ROUSIANE  
Dr. H. PARAJ  
Anoual Tél: 05 22 86 09 99



Casablanca, le 15 Juin 2022

**MR. ZAKRI MUSTAPHA**

## COMPTE RENDU

### BLONDEAU SCANNER

#### Indication :

Patiente de 73 ans, sinusite chronique ?.

#### Technique :

- Acquisition volumique en mode spiralé, sans injection de contraste.
- Reconstruction axiale et coronale en 0,6 mm d'épaisseur jointive.
- Les images sont traitées en fenêtres appropriées.

#### Résultat :

- Transparence normale des sinus frontaux.
- Comblement partiel des cellules ethmoïdales antérieure, moyenne et postérieure droite.
- Comblement du sinus sphénoïdal droit.
- Épaississement muqueux du sinus maxillaire gauche et partiel du sinus maxillaire droit.
- Pas de déviation significative de la cloison nasale.
- Épaississement du cornet nasal inférieur droit.
- Pas de matériel dentaire visualisé dans le fond des sinus maxillaires.
- Aspect normal des cavités orbitaires.
- Aspect normal du cavum.
- Pas de lésion lytique ou ostéocondensante suspecte.

#### Au total :

- Sinusite ethmoïdo-sphénoïdale à droite chronique.
- Comblement presque total du sinus maxillaire gauche.

**DR A. BELHAJ SOULAMI**