

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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-710658

12/09



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8591

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL YASTI MOHAMMED

Date de naissance : 10-02-66

Adresse : Hôpital

Tél. : 06 60667017 Total des frais engagés : 1771,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZILALENE MANAL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DA, HOLES, XARYNGE

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 : Nouakchott Le : 11/10/12

Signature de l'adhérent(e) :

YOUSSEF

ISMAÏL

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
11/05/22	CS	61	205,81	INP : 06M63-524
11/05/22	Nasofibroscopie	1K15	400,00	11/05/22 Dr. Nasser El Khouja

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 062107420	11/05/22	3271,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Medec Clinique	11/05/22	80000000	80000000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	TV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
G				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochlear
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأنف . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف و الأنف بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأنف
رتين الأنف

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 11/05/22

Marnal ZILATENE

LOT: SA10466

PER: 08/2023

PPV: 75 DH 00



25,00

1 Marnal

25,00 x 1 = 25,00

32,00

2

Clarhex



LOT : 4830
UT. AV : 11-24
P.P.V : 32 DH 00

32,00

51,40 x 2
(3)

51,40 x 2 = 102,80

102,80 F p.

102,80

102,80

شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dess

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

BERRECHID

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bneu al ouaam roches
noures casablanca
INEXIUM

20 mg
Boute 14
640120MP/21/NRQ FAX: 82.10.24
6 118001 020591

82,10

INEXIUM

141 J.

40.00

28,00

241 J. PFT

40,00

39,20

8

Rhinathiol Sirup

371.10



LOT: 20E009V
PER: 30/7/2023
P.P.V: 39DH20



6 118000 061403



DATE : 10/05/2022

COMPTE RENDU DE NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE DIRECTE

NOM ET PRENOM : ZILALIENE MANAL

RESULTATS DE LA NASOFIBROSCOPIE

- ✓ hypertrophie des 2 cornets inférieurs + une déviation de la cloison nasale
- ✓ pharyngite hypertrophique diffuse
- ✓ Cavum libre

EN CONCLUSION :

Il s'agit donc d'une pharyngite chronique sur déviation de la cloison nasale.



تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochleaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goiitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 11/05/2022

NOTES D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM MALADE : ZILALIENE MANAL

DR ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS PRESENTE
LA NOTE DE SES HONORAIRES POUR L'ACTE :

NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE

COTATION K15

HONORAIRES 400 DH

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE **SIX CENTS**
DIRHAMS.

DR ISSAM ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
14 Angle Boulevard Med 5 et Rue Hassouna
Tél: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

تجزنة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochlear
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رتين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : ١١/٥/٢٠٢٢

MAMMAL FILMATION

Deviation
SEPTALE
+ frontale

Scanner de mastoïde

Frontal



Dr. ABOUJRAL NAWFAL
Dr. ABOUJRAL NAWFAL
Médecin
Clinique

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

NOM & PRENOM
EXAMEN

: ZILALIENE MANAL
: BLONDEAU SCANNER

COMPTE RENDU

Cher confrère,

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

TECHNIQUE :

Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans injection du PDC.

Reconstructions coronales et sagittales.

RESULTATS :

Pneumatisation satisfaisante des sinus maxillaires des cellules ethmoïdales .

Bonne pneumatisation des sinus frontaux et du sinus sphénoïdal.

Bonne perméabilité des carrefours ostio-méataux.

Hypertrophie des cornets nasaux inférieurs plus marquée à droite.

Déviation à droite de la cloison nasale sans éperon osseux rétrécissant le méat en regard.

Inversion de courbure des cornets moyens .

Absence de procidence carotidienne bilatérale ou des nerfs optiques.

Absence d'asymétrie du toit des cellules ethmoïdales .

Absence d'autres variantes à risque de pathologie de confinement ou à risque chirurgical.

Absence de lésion intraconique visible.

Articulations temporo-mandibulaires conservées .

Pneumatisation satisfaisante des cellules mastoïdiennes.

Absence de lésion à caractère péjoratif visualisée sur les coupes encéphaliques .

AU TOTAL :

Pneumatisation satisfaisante des sinus de la face.

À signaler une hypertrophie des cornets nasaux inférieurs plus marquée à droite associée à une déviation à droite de la cloison nasale sans éperon osseux rétrécissant le méat en regard.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Dr. ABOUIBA ALAH Nabil
الدكتور نبيل
Allah
Médecin Radiologue
Clinique Ibn Zohr Berrechid
CNSS N° : 5460580

CLINIQUE IBN ZOHR								
INPE, code à barres								
0	6	0	0	6	2	7	1	8

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie								

FACTURE N°								
464 / R / 2022								

Assuré								
Nom & Prénom								
N° CIN								
N° immatriculation								

Bénéficiaire								
Nom & Prénom ZILALIENE MANAL								
N° CIN BH319647								
<input type="checkbox"/> Assuré(e)			<input type="checkbox"/> Conjoint			<input type="checkbox"/> Enfant		

RADIOLOGIE-IMAGERIE

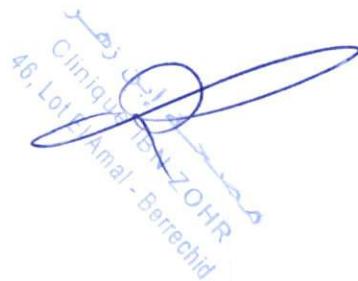
Désignation	Qté	Cotation	Avec Injection	Total
SCANNER - BLONDEAU TDM	1	800,00		800,00
TOTAL				800,00

Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:

TOTAL GENERAL

HUIT CENTS

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE



46, Lot El Amal - Berrechid
Clinique IBN ZOHR