

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-710658

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8591 Société : B. A. D.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL YASTI MOHAMMED  
 Date de naissance : 10-02-66  
 Adresse : H. S. K. H. L.  
 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 : Z. LALAGNE MANAL Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DA, HOLOS, SPARYN GEE  
 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 : Nava Cens Le : 10/01/22  
 Signature de l'adhérent(e) : V. L. 14/22

Autorisation CNDP N° : A-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
11/05/2022	os	2	2000DH	
11/05/2022	MASSAGE	1	4000DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/22	371.10

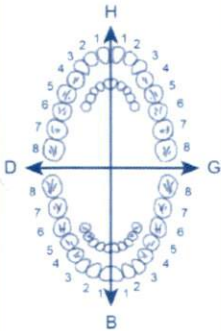
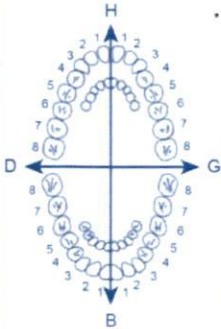
[illegible][illegible]

# 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 canaux, 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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr .Issam ESSALKI**

**ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE**

**VERTIGE - RONFLEMENT**

**Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,**

**Pathologie de la voix**

**Goitre, Allergie**



**الدكتور عصام السالكي**

**أمراض و جراحة الأنف . 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**

**MANAL ZILALWANE**

LOT: SA10466

PER: 08/2023

PPV: 75 DH 00

**75,00**

**2m x 2/7 p 1/2**

**32,00**

**clouba**

**1/7 p 1/2**

**51.40 x 2**

**(3)**

**Sp. h. m. 2/7**

**1/7 p 1/2**

**LOT : 4830**

**UT. AV : 11-24**

**P.P.V : 32 DH 00**

**51,40**

**51,40**

**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**

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
nqres casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640130MP21NRQ P.P.V. 82.10.04

6 118001 020591

82,10 (2)

INEXIUM

14 / J.

Presc 2mg

24 / J pht



40,00 |

40.00 (8)

39,20 (2)

Rhinathiol 5% AD

1 - 2 31 Indhoj

LOT : 20E009V  
PER: 07/2023

RHINATHIOL 5% AD  
SIROP FL 200 ML

P.P.V : 39DH20

6 118000 061403

371.10



DESSALAKI  
CHIRURGIE GÉNÉRALE  
Rue Hassan  
Tél: 05 22 22 22 22

**Dr. Issam ESSALKI**

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
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 : .....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 Cochla re  
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  
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  
Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Rue Hassane  
Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 21 74 22 61

**برشيد** تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة -

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 Cochléaire

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

رنين الأذن

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 11/08/2022

MANUEL ZILALONE

Deviation  
SEPTALE  
+ Sinusite

Scanner du maxillaire

Facial

Dr. ABOURADAWAH Nawfal  
د. نوفل أبو راد الله  
Médecin Otorhinolaryngologue

Dr. ISSAM ESSALKI  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
Chirurgie Endoscopique du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène, Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie

**برشيد** تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة -

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** : ZILALIENE MANAL  
**EXAMEN** : 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. ABOUBAKAR LAH NAFID  
د. نوفل أبو بكر  
Médecin Radiologue  
Clinique Ibn Zohr Berrechid

<b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>									
<b>INPE, code à barres</b>									
0	6	0	0	6	2	7	1	8	

Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie

FACTURE N°

464 / R / 2022

<b>Assuré</b>
Nom & Prénom
N° CIN
N° immatriculation

<b>Bénéficiaire</b>		
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
<b>TOTAL</b>				<b>800,00</b>

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**HUIT CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid