

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 caractère personnel.

Nº M21- 071558

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOURZIA ABDELLAH

Date de naissance : 26/10/11/1960

Adresse : 107 Lot D2 WAFAA DE ROUSSY

Tél. : 0661330889

Total des frais engagés : 1171,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2011

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 30/10/2011

Signature de l'adhérent(e) : Bourzia

## **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
20/10/2022	Actes	5 + 15	600	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/7/12	118.60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

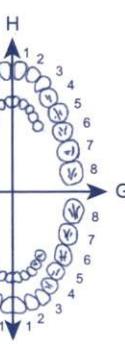
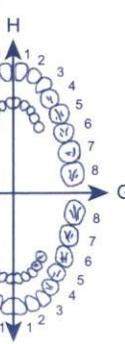
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Casablanca, le .....

Madame

LATIFA

ZEROUAL

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

### NAZAIR doses nasales

1 pulvérisation le soir pendant 1 mois

- La main droite pulvérise la narine gauche et vice-versa
- Tête légèrement penchée en avant

LOT: GA10495  
PER: 09/2023  
PPV: 75 DH 00

### Polydexa Gouttes Auriculaires

2 gouttes dans l'oreille gauche 2 fois par semaine pd

### RECOMMANDATIONS

- 1- BAIN MAURE INTERDIT
- 2- Coton dans l'oreille malade interdit
- 3- Baignades Interdites
- 4- Utilisation du coton tige non recommandé

RDV de Consultation dans 1 mois

Prendre RDV au 07 71 29 29 29



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

**Professeur H. CHELLY**

Pr. H. CHELLY

O.R.L.

Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 29 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتلخيص

K40

22/7/22

Madame

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

LATIFA



ZEROUAL

**Pr. H. CHELLY**

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

Thyrodite d'Hashimoto

Fonction thyroidienne en cours d'exploration

Pas de signes de compression

## ECHOGRAPHIE CERVICALE

(à visée thyroidienne)

Classification Ti-Rads préconisée

Professeur H. CHELLY



**Pr. H. CHELLY**

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 / Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 00183719900069

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص و التشخيص

EXPLORATION



مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 22/7/2022

Reçu la somme de

..... ٤٠ .....

De Mr, Melle, Mme

ZERA AL HAFI

Pour consultation ORL (C2) + (K 5 ) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen



# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur - Panoramique Dentaire -  
Ostéodensitométrie - Scanner Multibarettes .

Casablanca, le 28/07/2022

NOM : Mme ZEROUAL LATIFA

MEDECIN DEMANDEUR : Dr H. CHELLY

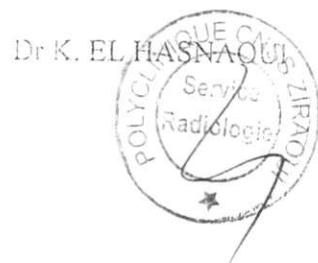
EXAMEN : Echographie cervicale.

- Glande thyroïde mesurant de taille :
  - \* Isthme = 4 mm d'épaisseur
  - \* Lobe thyroïdien droit = 22 x 21 x 44 mm.
  - \* Lobe thyroïdien gauche = 18 x 16 x 43 mm.
- Ses contours sont discrètement lobulés et son échostructure est hypoéchogène hétérogène micronodulaire avec un aspect micro aréolaire sans nodule circonscrit décelable.
- Légère hyper vascularisation globale du parenchyme Thyroïdien.
- Absence d'adénopathie jugulo-carotidienne.
- Glandes sous maxillaires et parotides homogènes.

Conclusion :

Aspect échographique thyroïdien évoquant une thyroïdite, examen classé score 2 de la classification EU TIRADS.

→ À confronter aux données cliniques et biologiques.





الضمان الاجتماعي  
CNSS

0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP :	719918	N° SEJOUR :	220024036	<b>FACTURE N° 2203006297</b>				DATE D'ENTREE : 28/07/2022 DATE DE SORTIE : 28/07/2022					
ASSURE :								DESTINATAIRE :	ZEROUAL,Latifa				
MALADE :	ZEROUAL,Latifa				UF:	5003 RADIOLOGIE							
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
								% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00							0.00	200.00

Intervenant :	14116 DR ELHASNAOUI KHADIJA RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00									200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :								ACOMPTE:
DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00					AVOIR:
				RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 28/07/2022 EDITEE LE : 28/07/2022 PAR: R8174				ACCIDENT DE TRAVAIL:								
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :				POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
				BANQUE :				B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
				N° compte bancaire :				011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

Caisse des Urgences  
Polyclinique CNSS Ziraoui



