

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004235

157194

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9306

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS MOHAMED TAHAR

Date de naissance : 02/07/72

Adresse : Résiduelle

Tél. : 05 22 43 93 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/03/2019

Nom et prénom du malade : BENNIS TAHAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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

- 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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/03/23 | C 3 + C 10 | | 4000 Dhs |  <p>Dr. H. CHELLY O.R.L. Centre ORL de Diagnostic et Explorations C.O.D.E AL FARABI Casablanca Angle RUE Jean-Jaures et Brahim Roudani, Casablanca Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 15 55 IMPI : 099040944</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet de Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 25/03/23 | 28200 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 26/03/23 | 600 | Mi |

AUXILIAIRES MEDICAUX

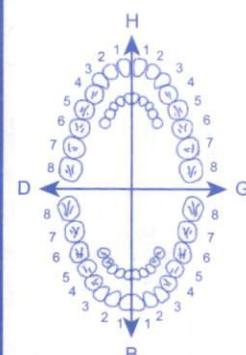
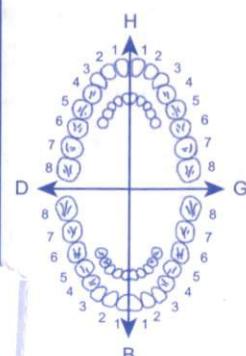
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | <input type="text"/> |
|  | | | | <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | <input type="text"/> |
| | D | 00000000 | 00000000 | <input type="text"/> |
| | | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> |
| | G | | | <input type="text"/> |
| | B | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <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



code
AL FARABI

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

Casablanca le

Pr. H. CHELLY
Centre O.R.L Diagnostic et Explorations
Casablanca
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 091040949



Madame

LAILA

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

132,00

A-CLAV 1 g (boite de 16)

1 sachet matin et soir pendant 8 jours

55,00

SURGAM 200 mg

1 cp trois fois par jour pendant 6 jours au milieu des repas

65,10

ULTRA-LEVULE gélules

2 gél. le matin et le soir pendant 8 jours

30,00

OEDES 20 mg

1 cp le matin pendant 10j

282,50

SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40
PER : 01/12/2024

6 118000 060857

854 10 2021 10 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
O.R.L
Centre O.R.L Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 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

cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ENT
DIAGNOSTIC
EXPLORATIONS

ENT

OSEJA

toZoSt

THROAT

SANTE

NEZ

OREILLE

LARYNX

SO

IMPLANT

COCHLEARE

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتخيص



Casablanca le 1/23



Madame

LAILA

BENNIS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

sensation de douleurs cervicales haute droite
otalgie réfléxe droite
examen clinique et endoscopique peu contributif
recherche d'une cause cervicale

ECHOGRAPHIE CERVICALE (à visée exploratrice)

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
Tel : 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 : 001837199000069



الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتخيص





code
AL FARABI

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 / 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES
NASOFIBROSCOPIE

Le ..25.10.31.2013

Reçu la somme de

....1.000.,00 (Mille) DHS

De Mr, Melle, Mme

.Bennis : Laïla.....

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).



**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 25/03/2023

FACTURE

N°1408/23

MME BENNIS LAILA

| EXAMEN | MONTANT |
|-----------------------|---------|
| ECHOGRAPHIE CERVICALE | 600 DHS |

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS
 Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
 Angle Bd Brahim Roudani
 et Rue Jean Jaures N° 8 - Casa
 Tél. : 05 22 49 00 03

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020

Site Web : www.radiologiealandouss.com - E-mail : andaloussradiologie@gmail.com

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denatire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 25/03/2023

MEDECIN TRAITANT : PR. CHELLY

NOM & PRENOM : MME BENNIS LAILA
EXAMEN : ECHOGRAPHIE CERVICALE**TECHNIQUE :**

Examen réalisée à l'aide d'un appareil SAMSUNG RS 80 A à l'aide d'une sonde de 12 MHZ.

RESULTATS :

- Les deux lobes thyroïdiens sont de taille normale, d'échostructure homogène, sans hyper vascularisation au doppler couleur, mesurant :
 - LTD = 34 x 16 x 12.5 mm soit un volume de 3.7 ml
 - LTG = 34.2 x 15.6 x 13.9 mm soit un volume de 3.89 ml
 - L'isthme = 2.5 mm.
- Les glandes sous- maxillaires et parotides sont d'aspect échographique normal.
- Ganglions jugulo-carotidien, sous-mandibulaire et sous-parotidien droits, à centre hilaire graisseux, à vascularisation centrale et à petit axe infracentimétrique : d'aspect inflammatoire.
- Les axes jugulo-carotidiens sont libres.

AU TOTAL :

- **Ganglions cervicaux d'aspect inflammatoire notamment ganglions jugulo-carotidien, sous-mandibulaire et sous-parotidien droits.**

RADIOLOGIE A. ANDALOUSS
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
Angle Ed. Brahim Roudani,
et Rue Jean Jaures, N° 8 Casablanca
Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09
T.P N° : 35547765 - I.F : 1051982 - N° d'Affiliation C.N.S.S : 7494248 - ICE N° : 001714794000020