

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 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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° wAG - 47 5099



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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1019	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUBKER
Nom & Prénom : CHERRADI			
Date de naissance : 01/07/45			
Adresse : 15 rue du Cambodge			
Tél. : 0661331399 Total des frais engagés : 0 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : CHERRADI			
Date de consultation : 08 OCT. 2019			
Nom et prénom du malade : ALLAL BEN ABDELLAH			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Enjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Oeil			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i>			
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

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXCEPTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
 PARMACIE ED. NOUVELLE Dr YANNICK 3 complexe La Mandorla Bp Med. Aix-en-Provence 05 42 52 45 91	225,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Yousaf Moudani et Cie</i>	09/10/10	I.D.M Series	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		G		00000000	00000000	35533411	11433553
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

04/10/19

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

M[?] El TGFAN... BouBlaG...



Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5% et l'introduction du fibroscopie par la narine droite, progression derrière le voile, vision panoramique du larynx. Vestibule laryngé, fente glottique respectée. Course des cordes vocales normale et symétrique. Sinus piriforme libre.



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca
Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Casablanca le 04/10/2019

Casablanca, le

Monsieur BOUBKER CHERRADI EL

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

SINUSITE Chronique maxillaire
origine dentaire implantaire très probable
ex ORL peu contributif

TDM des SINUS

(Coupes axiales et coronales)

Professeur H. CHELLY

Professeur H. CHELLY
Centre O.R.L AL FARABI
De Diagnostic et Exploration
Angle Brahim Roudani et Rue Jean Jaurès
- Casablanca -
Tél : 05 22 47 85 85 - Fax : 05 22 47 18 41

RADIOLOGIE AL ANDALOUSS
Dr. BENITOUV - Mohamed El Fouad
Angle du Brahim Roudani et
Rue Jean Jaurès N°3 - Casa
Tél : 0522 49 00 03

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

Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Anglo 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 04/10/2019

MEDECIN TRAITANT : PR. CHELLY

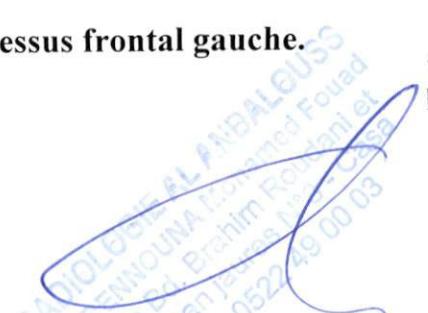
NOM & PRENOM : MR CHERRADI BOUBKER
EXAMEN : TDM DES SINUS

TECHNIQUE :

Hélice de 3 mm d'épaisseur au niveau de la face, en coupes axiales, coronales et sagittales, avec reconstructions en 3 D.

RESULTATS

- **Implant dentaire en intra-sinusien maxillaire gauche.**
- **Epaississement muqueux du plancher des sinus maxillaires.**
- **Déviation de la cloison nasale vers la gauche.**
- **Conchabullosa bilatérale.**
- **Comblement de quelques cellules ethmoïdales antérieures bilatérales et de quelques cellules ethmoïdales postérieures gauches.**
- **Hypertrophie des cornets inférieurs bilatéraux.**
- **Comblement du recessus frontal gauche.**
- Le cavum est libre.





code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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 4.10.19

Reçu la somme de

600 / Six cent DH
C.H.G.F.A.M. Bouffar

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C2 + K10 HELLY)



**Dr . BENNOUNA Mohamed Fouad**

- 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 04/10/2019

FACTURE
N° 4351/19

MR BOUBKER CHERRADI

EXAMEN	MONTANT
TDM SINUS DE LA FACE	1500 DHS

RADILOGIE AL ANDALOUSS
Dr. BENNOUNA Mohamed Fouad
Angle Brahim Roudani et
Rue Jean Jaures N°8 Casablanca
Tél : 0522 49 00 03

Adresse : Angle Brahim roudani et Rue jean jaures N°8 Casablanca - **Tél.:** 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09

Patente № : 35547765 - **I.F. :** 1051982 - **Nº d'Affiliation C.N.S.S :** 7494248 **ICE № :** 001714794000020

Site Web : www.radiologiealandouss.com