

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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-523532

N° D.
35685

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10735 Société : R.A.T.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHBY Amin

Date de naissance : 14/11/75

Adresse : [blank]

Tél. : 0606627272 Total des frais engagés : [blank] Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [blank]

Date de consultation : [blank]

Nom et prénom du malade : ZAHBY Amin Age : [blank]

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affile

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : [blank]

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
27/6/10	3000	[Signature]
27/6/10	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad EL NIELLOU Im. 94, Lot N°1 DE ROUA Tél: 05 22 51 47 07	27.06.10	540,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	30/06/10	2500	8000
	30/06/10	Colony	4000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OOF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

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

Casablanca le 22/06/2020

Casablanca, le

Madame

AMINA

ZANARY

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

99.00

MAGMINE CP

1 CP PAR JOUR PDT 1 MOIS LES SOIRS



78.00x5

BETASERC CP

1CP * 2 PAR JOUR * 2 MOIS



51.00

TANGANIL

1 cp 3 fois par jour 7 jours



540.00

Signé : Professeur HESSISSEN M.A.

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.

Centre O.R.L. 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 : 091033753



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 : 00183719900069

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. SAAD EL MELLOUN
Jum. 95, Boulevard de l'Indépendance
Tél: 05 22 55 47 97

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

0018t

0018t

0018t

 Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860



0018t

0018t

MB757 0123

LOT PER

Prix 99.00

62.1



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي
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

A+I

Le 29.6.20

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85
INPE : 091059753

code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرائي
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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

ZANARY A. M. Le 01/06/12

Renseignements cliniques :

Pour ☒ AUDIOGRAMME TONAL

☒ IMPEDANCEMETRIE

☐ P E A

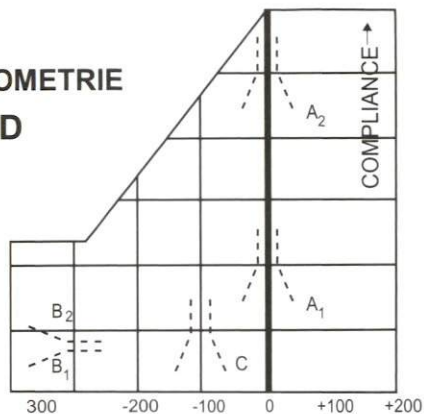
☐ VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

☐ MANŒUVRES POSITIONNELLES

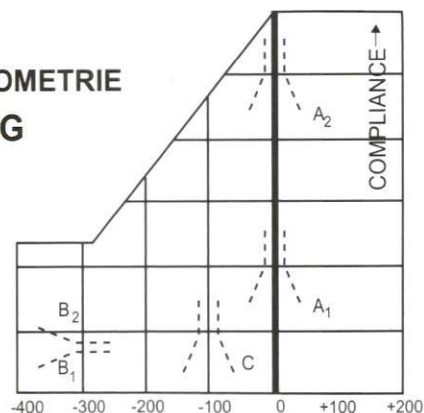
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
C.C.B. 47 20 20 / 47 30 30
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casa
Tél : 022 47 20 20 Fax : 022 20 18 85
INF : 091333733

IMPEDANCEMETRIE

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



REFLEXE STPEDIEN

Stim OD		Réflexe OG	Stim OG		Réflexe OD
500 Hz =	dB		500 Hz =	dB	
1000 Hz =	dB		1000 Hz =	dB	
2000 Hz =	dB		2000 Hz =	dB	

Normal 2 - 15 ans = 80 à 110 dB
> 15 ans = 80 à 95 dB

code

AL FARABI

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

AUDIOGRAMME

NOM ZAHARY

Prénom Amine

Date de naissance Date d'examen 22 JUN 2020

Observations

.....

.....

.....

.....

.....

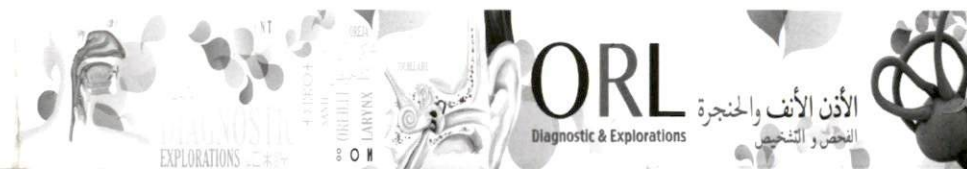
.....

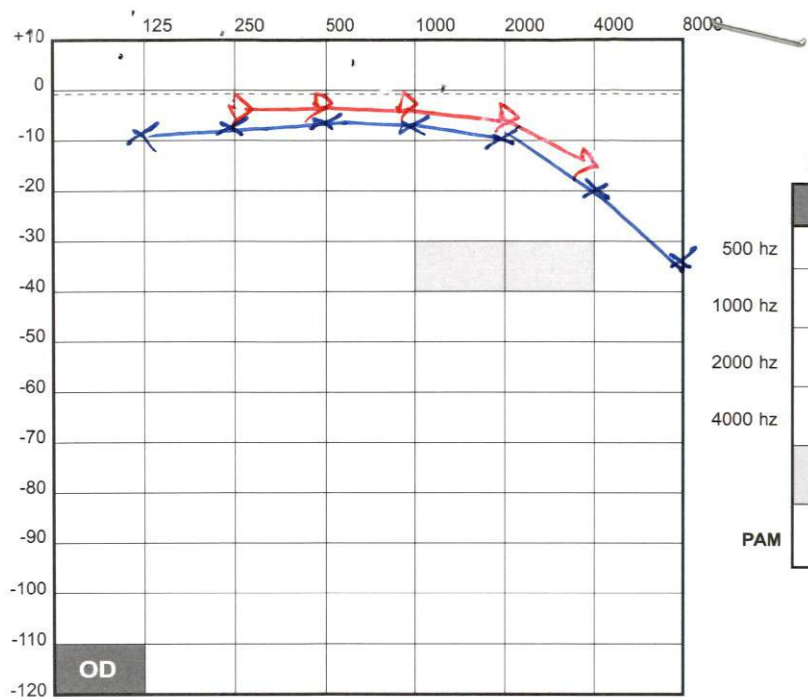
.....

.....

.....

.....

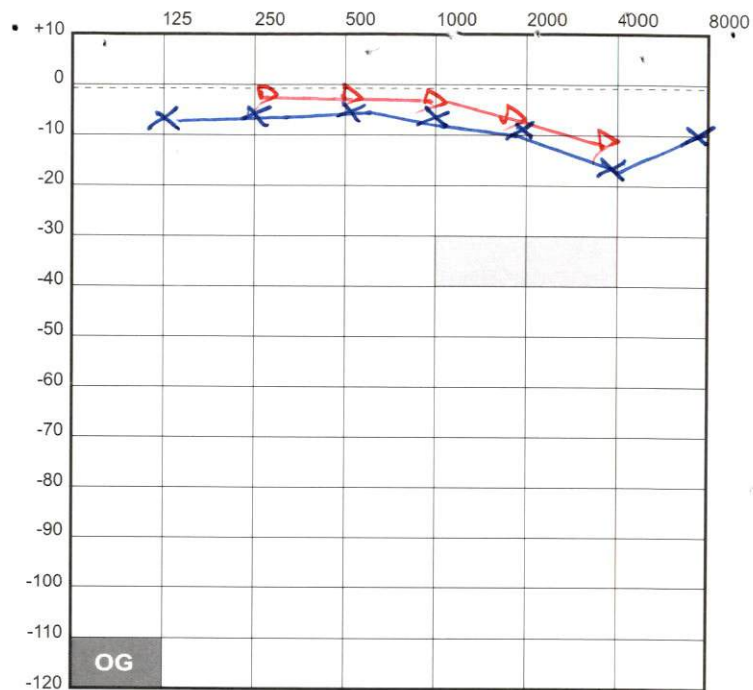




I.A. D = %

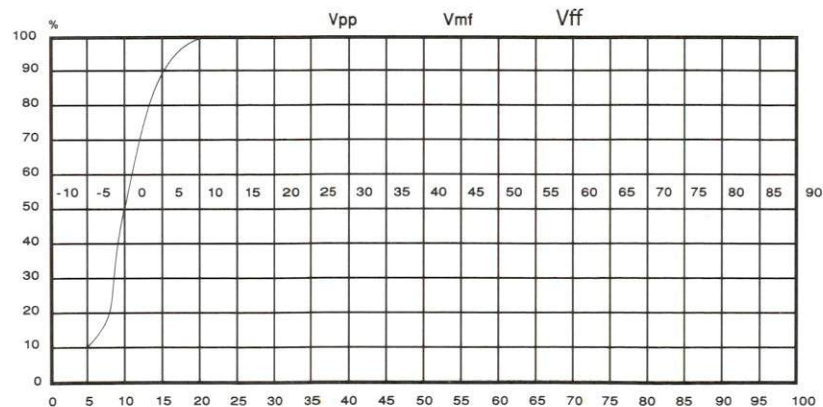
PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



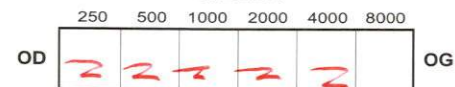
I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + + + = 3

WEBER



- OD : Oreille droite
- OG : Oreille gauche
- PAM : Perte auditive moyenne
- I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

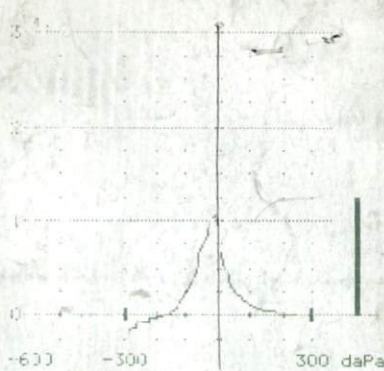
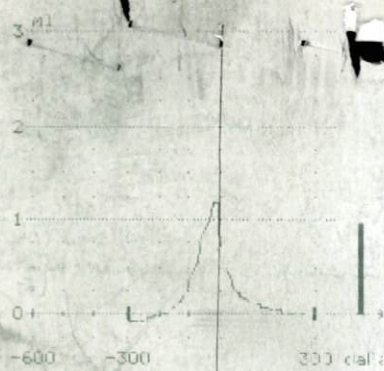


AT235

Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 0.97 ml
Compliance 1.20 ml
Pressure -27 daPa
Gradient 0.69 ml

Ear Volume 1.24 ml
Compliance 1.02 ml
Pressure -14 daPa
Gradient 0.64 ml

Reflex

Right

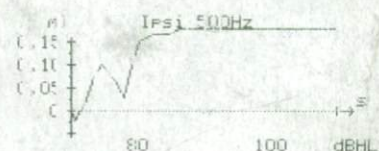
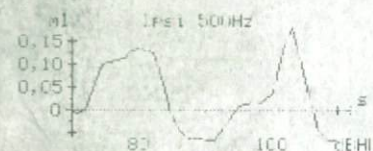
Left

Pressure -27 daPa

Pressure -14 daPa

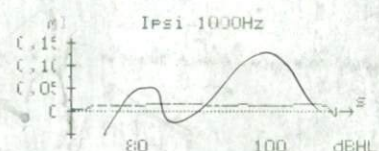
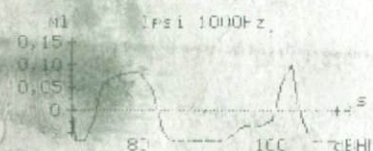
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



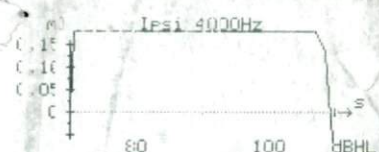
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 20006245 N° Facture : 20006111 Date facturati: 30/06/2020

Nom et prénom du patient : **Mme ZANARY AMINA**

PRESTATIONS

Nombre

Prix unitaire

Montant

ECHO THYROIDIENNE

1.00

400.00

400.00

Sous-Total

400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

Adhérent : ZANARY AMINA

Mle :

PC N° : 1111

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 400.00 DH

code

AL FARABI

RADIO

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرابي CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA

TEL : 0522 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme LANAR Y AMINA Le
Renseignements cliniques : Age :
..... Thyroïde palpable

Nécessite la radiographie suivante :

- ☐ Rx POUMON
- ☐ Rx PANORAMIQUE
- ☐ BLONDEAU SCANNER
- ☐ I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- ☐ Rx COLONNE CERVICALE (F/P)
- ☒ ECHOGRAPHIE Thyroïdienne
- ☐ T. D. M.



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 30 Juin 2020

PR. MED. A. HESSISSEN

MME. ZANARY AMINA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

- La glande thyroïde est de volume normal :
 - Le lobe droit mesure : 52 x 21 x 16mm.
 - L'isthme mesure : 4mm.
 - Le lobe gauche mesure : 48 x 16 x 12,5mm.
- On individualise au niveau de l'isthme un kyste infracentimétrique mesurant 30 x 34 x 23mm, très légèrement remanié.
- Il n'y a pas d'autre lésion nodulaire ou kystique identifiable.
- Absence d'adénopathie cervicale d'allure évolutive.
- Aspect normal des glandes sous maxillaires et parotides.

Conclusion :

Echographie thyroïdienne ne révélant pas d'anomalie en dehors d'un petit kyste infracentimétrique de l'isthme légèrement remanié, pouvant être classé TIRADS 2.

DR FARAJ HAMZA

