

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-551353 19404 CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9404

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENSERDIA TAHAR

Date de naissance : 02/07/1972

Adresse : 21 RUE BOB A IRRAVE CASA

Tél : 66666666

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : BENSERDIA TAHAR

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : infectieuse

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 : CASA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Dr. BENGHALI  
Professeur Agrégé  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

17 AOÛT 2020

ACCUEIL SIEGE RAM

Dr. BENGHALI  
Professeur Agrégé  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
38, Bd. Pasteur - Place de la Liberté - Casablanca



| 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                      |
| 14/07/20                       | KASO              |                       | 1500,00                         | INP : 08709037416<br>Dr. BENHAMEL<br>Professeur Agrégé<br>Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 14/07/20                       | C3                |                       | 400,00                          |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie ROUSSE<br>Rue d'Azemmour, C. El Hana<br>Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca<br>Tél : 05 22 90 62 98 | 14/07/20 | 416,40                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                    |          |                              |                        |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue         | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| CLINIQUE RADIOLOGIQUE<br>Casablanca<br>Tél : 05 22 90 62 98 | 14/07/20 | 2450                         | 1500,00                |

| 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 :<br>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"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H                                       |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|   | H  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552                                 |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | G  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553                                 |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B  |  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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

Casablanca, le 4 JUIL. 2020 في الدار البيضاء،



**Dr. BENGHALEM**  
Professeur Agrégé  
OTO-RHINO LARYNGOLOGIE  
ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
58, Bd. Rachidi Place de la Fraternité - Casablanca

Pharmacie ROSSE de la Corniche  
Rte. d'Azemmour Ouled El Hamdi  
Dar Bouazza Km 3,500 - Casablanca  
Tél : 05 22 90 62 98

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 01 / 05 22 48 60 00 - الفاكس : 05 22 26 99 42  
58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42  
E.mail : benghalem@benghalem.ma



Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

M<sup>me</sup> - Enfant :

*BENBEDIK Taouf*

*fitage post avec  
plagepost*

☐ RADIO DU CAVUM DE PROFIL

☐ RADIO DES OS PROPRE DU NEZ + GOSSEREZ

☐ RADIO PULMONAIRE

☐ BLONDEAU - SCANNER

☒ SCANNER :

*Sinus*

☐ IRM :

☐ SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE

☐ RADIO PANORAMIQUE

☐ ECHOGRAPHIE :

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

58, شارع الراشدي - ساحة الأخوة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - الفاكس : 05 22 26 99 42

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Fax : 05 22 26 99 42

E.mail : benghalem@benghalem.ma

Casablanca, le : ..... Casablanca, Le 14/07/2020.....  
الدار البيضاء، في :

**NOM ET PRENOM** : BENSEDDIK TAREQ  
**MEDECIN** : PR BENGHALEM  
**EXAMEN DEMANDE** : SCANNER DES SINUS

**TECHNIQUE DE L'EXAMEN :**

Acquisition volumique axiale sans injection de produit de contraste iodé.  
Reconstructions axiales et coronales.

**RESULTATS :**

**Fosses nasales :**

Absence de déviation septale obstructive.  
Absence de processus expansif polypoïde intranasal.  
Concha bullosa des cornets moyens.

**Complexe sinusien antérieur et postérieur :**

Comblement partiel du sinus frontal droit.  
Comblement bilatéral des cavités ethmoïdales antérieures.  
Epaississement muqueux des sinus maxillaire englobant les unités ostioméatales, sans comblement ni niveau hydroaérique.  
Absence d'anomalie muqueuse significative des cavités postérieures éthmoïdo sphénoïdale.  
Absence d'anomalie de leurs parois osseuses.  
Absence d'anomalie des replis muqueux du cavum.

**CONCLUSION :**

Sinusite fronto éthmoïdo maxillaire bilatérale sans anomalie osseuse sous jacente.

**Dr. Houria LAHLOU**  
Radiologue  
43, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél : 0522 29 48 36 / 0522 22 12 96





Casablanca, le : ..... الدار البيضاء, في : .....

# FACTURE

N° : 129608 / 2020 du 14/07/2020

Médecin traitant : PR. BENGHALEM ABDELHAMID

SCANNER DES SIINUS

| Nom du patient     | Modalité de paiement | Période hospitalisation |          |
|--------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| Mr BENSEDDIK TAREQ | Payant               | 14/07/20                | 14/07/20 |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
| SCANNER DES SINUS            |             | 1,00 | 1 500,00      | 1 500,00   |
|                              |             |      | Sous/Total    | 1 500,00   |
| Total clinique               |             |      |               | 1 500,00   |

|                          |                 |       |       |               |          |
|--------------------------|-----------------|-------|-------|---------------|----------|
| Arrêtée à la somme de :  |                 |       |       | TOTAL GENERAL | 1 500,00 |
| MILLE CINQ CENTS DIRHAMS |                 |       |       |               |          |
| Encaissé espèce          | Encaissé chèque | Total | Solde |               |          |
|                          |                 |       |       |               |          |

BANQUE. P AGENCE AL HADIKA 190 780 21211 9303675 0001 60

PAYE ESPECES  
Montant 1500,00  
CLINIQUE RACHIDI  
43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37  
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - R C: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com



43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البناتنا: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com