

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 3000 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 239022

Nom & Prénom : FADIL RAHIMA

Date de naissance : 15.10.1956

Adresse : 75 Rue OMAR SLAOUI CASA

Tél. 06.61.06.36.96 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 24/03/2022

Nom et prénom du malade : FADIL RAHIMA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AF/OP/RE

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 : 05/03/2022 Le : 09/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

INPE : 09102018 / M / 22

## 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
Actes d'infirmer			100,00	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES *H.*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.11.2022	 Centre Oculaire de la Côte d'Opale C.O.D.O.A. 14, rue Jean Jaurès 62120 BERNICOURT Montant de la Facture : 149,72

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<p>H</p> <table border="1"> <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> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

**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 الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 15/11/2022

Casablanca, le .....

Madame

RACHIDA

FADIL

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

22/7/20

### BAYCUTENE

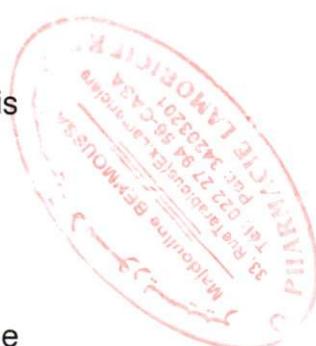
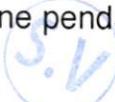
1 application, 2 fois par jour pendant 7 jours, puis une fois par jour, pendant 7 jours.  
puis  
un jour sur deux pendant 7 jours.  
puis  
deux fois par semaine pendant 15 jours.



63,20

### ZYRTEC

1 cm par jour le soir pdt 3 mois



### RECOMMANDATIONS

- Ne pas Utiliser de coton - tige
- ne pas gratter ses oreilles avec des objets qui peuvent blesser la peau du conduit
- ne pas boucher l'oreille avec un coton



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

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  
UNPE : 001040949

ENT

ENT



ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتخييم

EXPLORATIONS



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن 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 ... 15.01.2011

Reçu la somme de

100.000 Dhs

De Mr, Melle, Mme



FATHIA RAHIDA

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



Dr. M. CHELLY  
Centre ORL Diagnostic & Explorations  
C.C.D.E AL FARABI  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040948