

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.

N° W21-716544

145586

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

000 8392

Société :

Ex RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELMDAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732

Total des frais engagés :

1000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

2023

JAN

PT. H. CHELLY

Centre O.R.L. de Diagnoses et Explorations

Angle Rue de l'Allal Ben Abdellah - Casablanca

Tel. : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

Authorisation CNPD N° AA-215/2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

PT. H. CHELLY

Centre O.R.L. de Diagnoses et Explorations

Angle Rue de l'Allal Ben Abdellah - Casablanca

Tel. : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

PE : 09104083112, 82

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
13/11/2018	C2 - PKAO	1000M		INP : [REDACTED] Pr. H. CHELLA Centre ORL de Diagnostic et Explorations C.O.D.E.A.L FARAJI Casablanca Tél: 0524 20 20 20 - Fax: 0524 20 18 85 INPE 09104420

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

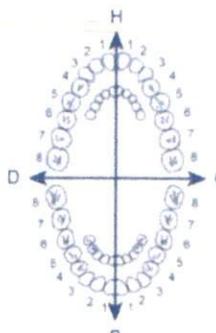
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

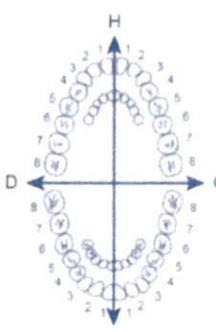


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

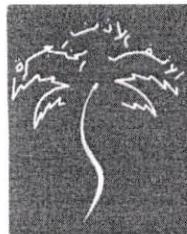
H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
00000000	35533411	11433553
B		

(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 الاذن والحنجرة الفراتي
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 13/12/22

Reçu la somme de

1000.00 (MILLE) DHS

De Mr, Melle, Mme

El M. DRAGHRI NAfate

Pour consultation ORL + nasofibroscopie

(C3+K10)

PT. H. CHELIK
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel: 022 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE: 091040949



Centre O.R.L.

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والحنجرة الفرابي

CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 13/12/2022

Casablanca, le

Madame

NAJAT EL MDAGHRI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



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
cliniquespecialiseelfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Compte rendu de NASOFIBROSCOPIE

Renseignements Cliniques

SAOS modéré

Somnolence diurne excessive

Amygdalectomie juillet 2022

garde ronflement avec moins de somnolence

Résultat de l'examen

sans méchage des fosses nasales, introduction du nasofibroscope souple alternativement par la narine droite puis gauche.

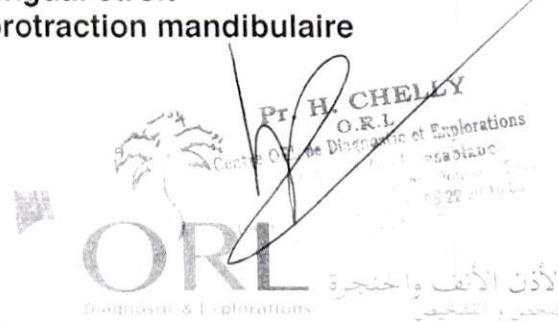
L'examen montre les résultats suivants :

Cornets inférieurs	: hypertrophiés avec rhinite
catarrhale	
Cloison nasale significative	: non déviée de façon
Méats moyens	: libres
Bourrelet tubaire	: libre
Cavum	: pas de processus visible
Vestibule laryngé	: Libre, épiglotte non rabattue
Espace Rétro-Basi-Lingual	: étroit de façon circonférentiel
Bonne aptitude à la protraction mandibulaire	

AU TOTAL

Espace Rétro-Basi-Lingual étroit

Bonne aptitude à la protraction mandibulaire





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

Professeur Hassan CHELLY

Otorhinolaryngologiste

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

Chargé d'Enseignement à l'Université René Descartes Paris

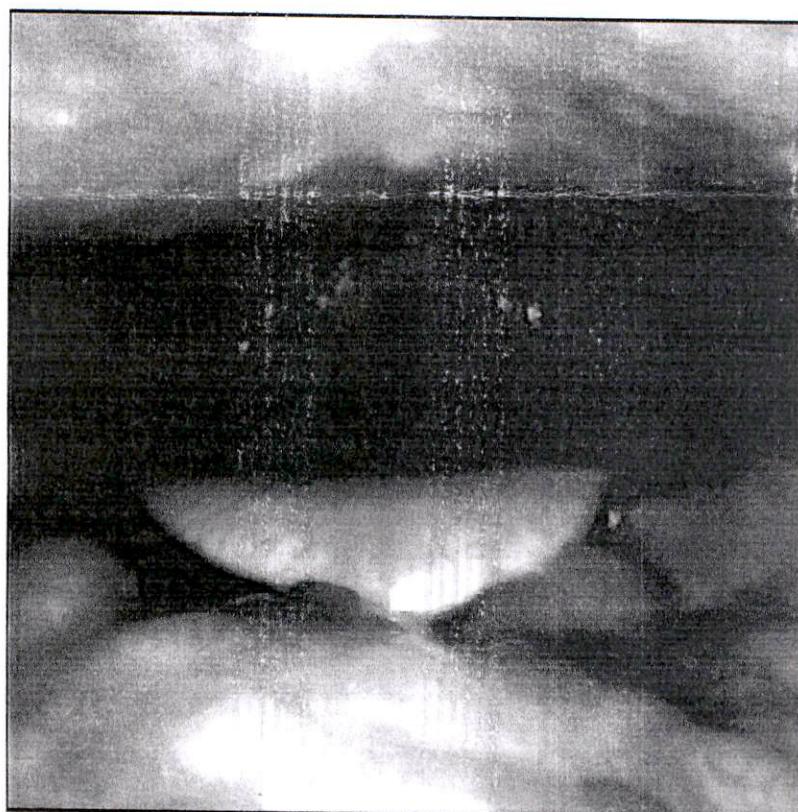
Membre de l'International Working Group en Endoscopic Ear Surgery (IWGESS)

Chirurgie endoscopique de l'oreille - Rhinosinusienne et Cervicofaciale

Exploration des Vertiges - Surdité • Implantation Cochleaire

Mme EL MDAGHRI NAJAT

Le 13/12/2022



Professeur H. CHELLY



Pr. H. CHELLY

O.R.L.

Centre O.R.L. de Diagnostic & Explorations
C.O.D.E AL FARABI CASABLANCA
Angle Rue Jean Jaures et Avenue Souidani - Casablanca
Tél : 05 22 17 20 20 - Fax : 05 22 23 10 85
E-mail : code@codealfarabi.com