

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : | 6122 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 159180 |
| Nom & Prénom : | | CHAUDI NAIMA | |
| Date de naissance : | | 15/01/51 | |
| Adresse : | | 81, lot 1510, pavillon oued tazzarzouz | |
| Tél. : | | 06 61 753 600 | |
| Total des frais engagés : | | | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 15/04/2023 | Age : | 3 MAI 2023 |
| Nom et prénom du malade : | CHAUDI NAIMA | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Affection | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : |
| 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/10/2014 | 12/10/2014 | 100 | 800 | Pr. Med. A. ZBOUDE AL YARA N. C. R. Centre ORL et Diagnostique et Endocrinologie Dr. Jean Daras Al-Brahim - 0522 57 20 20 - Fax : 0522 57 18 18 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|---|
| PHARMACIE ZIRAOUI Dr. HASSI Maria 236, Bd. Ziraoui N°10 - Casablanca Tél: 05 22 29 56 63 | 15/04/2023 | 230,00 Dhs INPE 092058460 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 <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 | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | 25533412 00000000 D 35533411 | 21433552 00000000 G 11433553 | H B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) 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

١٥/٤/٢٣

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.....

CHADLI MARI

Obstruction nasale.
Rhinorrhées.

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D. à AL FARABI, Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
NPE : 091033753



Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5% , l'introduction du fibroscope par la narine droite et la progression du fibroscope, l'examen montre une rhinite congestive.

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D. à AL FARABI, Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
NPE : 091033753



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

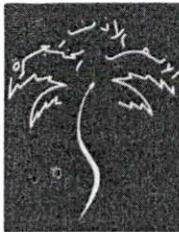
Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
cliniquespecialisee@farabi@gmail.com

IF 14478582
ICE : 001837199000069



الأذن الأنف والحنجرة
الفحوص والتخيص





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 10/11/23

Reçu la somme de

..... 800 / Eight hundred

De Mr, Melle, Mme

..... CHAHLI MATHIAQ

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).



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

Casablanca le 15/04/2023

Casablanca, le

Monsieur NAIMA CHADLI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

NAZAIR

T-2 pulvérisations les soirs pendant 3 mois

PREDNI 20

3 CP LES MATINS * 6 JOURS

APIXOL SIROP

1 CAS * 3 PAR JOUR PDT 5 JOURS

AERIUS

1 cp par jour le soir pdt 15 jours

LARMABAK

1APP *6 PAR JOUR

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI
Casablanca
Angle Jean Jaurès - Bd. Roudani - Casablanca
Tél. 0522 47 20 20 0522 47 30 30 0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85
INPE : 091033753

INPE
092058460



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
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الشخص والتاريخ

EXPLORATIONS

SON

8 032578 477337

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés ☒

LOT: GA20233

PER: 03/2024

PPV: 75 DH 00

NAZAIR® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: 105
PER: SEP 2024
PPV: 102 DH 60

Phar
nne

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

221123

12/2025

OT N°:

T. AV: 40,00

PV (DH):

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

NAZAIR® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
flacon de 100 doses

6 118001 101269

LOT: GA20226
PER: 02/2024
PPV: 75 DH 00

Cipic
Etiquette

PREDN 20mg

20 comprimés effervescents sécables

6 118000 081753

دواء
فوري
قبل النوم

NAIMA CHADLI