

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.

Bééducation :

- 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

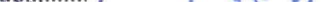
- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>7396</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>170179</u>
Nom & Prénom : <u>ZAHID NAZHA</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>Resid'hôtel HILTON 106 Avenue Nehdi Ben Barka Boulogne</u>			
Tél. <u>0666191558</u>	Total des frais engagés : <u>615DH</u> Dhs		

<p>Cachet du médecin :</p> 	<p>R. MOUFAK G.O.D.E.A.I.F.A.T. 181 Centre ORL de Chirurgie et d'Explorations Angèle Rue Jean Jaurès, 91 Bouslim Roudani 91640 Tél : 01 69 22 47 30 / 01 69 22 47 35 / Fax : 01 69 22 47 35 / 01 69 22 47 35 Age : Enfant : <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Date de consultation : 26/06/2019</p>	
<p>Nom et prénom du malade : SG DAF</p>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<p>Nature de la maladie :</p>	
<p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 28 juillet 2023</p>	
<p>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.</p>	

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. (13)

Fait à :  Le : 

Signature de l'adhérent(e) :

Angle of attack = α = angle between chord line and relative wind direction.

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
26/6/23	INCL 10	26/6/23	400	Dr. R MOUFAAK Centre O.P.D de la Bourgogne Ave: 05/22 41 30 20 09 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MARIAU CASA MARIA AU Avenue Mohamed Ben Abdellah Bourgogne CASABLANCA	26/06/23	215,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

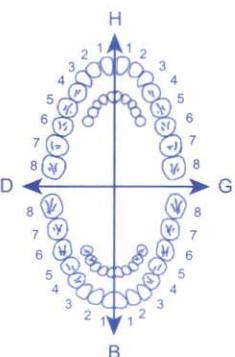
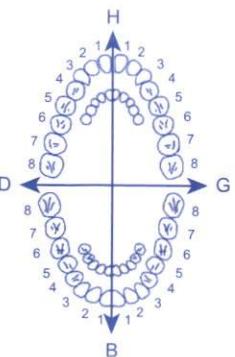
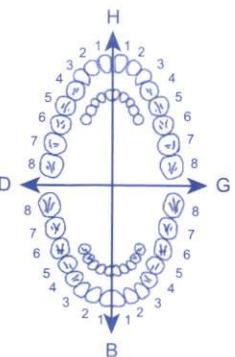
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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				Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 26/06/2023

Casablanca, le

Enfant

MEHDI TERRAF

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

40.00

HISTANORM

1 cp le soir pdt 15 j

135.00

RINOCLENIL

2 pulvérisations nasales 2 fois par j pdt 1 mois

40.00

EFFIPRED20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

4: 215.00



Dr. R. MOUFFAK

O.R.L.

C.O.D.E AL FARABI

Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa

Tél : 05 22 47 30 30(L.G)-Fax : 05 22 20 18 85

INPE : 091113928



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 : 00183719900069

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Berka Bourgogne
CASABLANCA

DIAGNOSTIC
EXPLORATIONS

K 40

ENT
ORL
TOSSE
SANTE
الأنف
الحنجرة
الشخص

OREILLE
NEZ
LARYNX

SOON

IMPLANT
COCHLEAIRE

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتثقيف



code
AL FARABI

مركز فدوى وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراغي
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 26 / 6 / 13

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

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



Rinoclenil 100µg

رینوکلینیل 100 مگ

Béclométhasone dipropionate

بىكلىومىڭا زون دېبروبىيونات

1 02001 107

PPI 400H00 EXP 11/2023

15

HISTANORM® 10 mg

vision contiennent:

..... 77 mg
e chlorure de
qsp 100 ml.
délivre 100 µg
dipropionate.

كتاب الله

تحتوي 100 مل من بيكلوميثازون ديبوريدي السواغات (بما في ذ البنزوكونيوم) به كل استنشاق يعطي بيكلوميثازون ديبوريدي

μg



260386

ibuprofen 100µg

میں کلینیک 100 میں

Rinoclenil 100 μ g

Suspension pour pulvérisation nasale

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Hôpital Soumaila

P.P.V. 135DH00

108901

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)

جدول ١ (اللائحة ١)



PUSH