

## 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
- 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.

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22214</b>			
Matricule : <b>12680</b>			
Société : <b>RAM</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : <b>Ben Nourib Hajal</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>2829</b> Total des frais engagés : <b>694,3 DH.</b> Dhs			

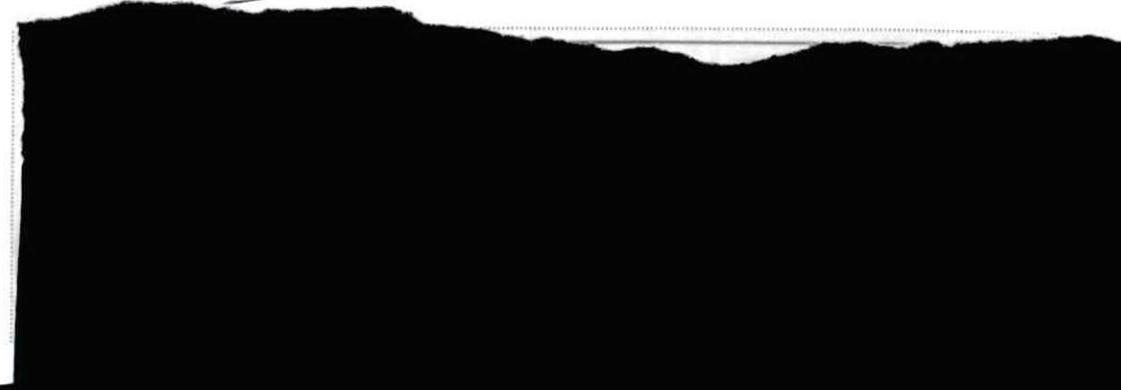
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
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. <b>22 FEV. 2020</b>			

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 : **base**

Le : **22/02/2020**

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
18/02/2020	h. p. h. m.		6000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ODYSSEE</b> Asmaa AMOR 15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne Beauséjour Casablanca Tél/ Fax: 0522 25 52 63	18/02/2020	94,30

## ANALYSES – RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

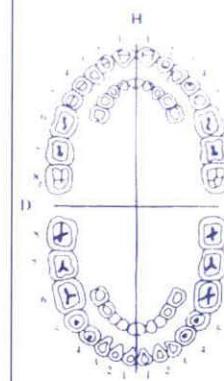
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
		R

## (Création, remont, adjenction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

COEFICIENT  
DES TRAVAUX  
  
MONTANT  
DES SOINS  
  
DEBUT  
D'EXECUTION  
  
FIN  
D'EXECUTION

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الأنف والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS  
Casablanca le 18/02/2020

Casablanca, le .....

Madame

HAJAR

BEN NASIB

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

**ALER-Z 10 mg**

1 cp le soir pendant 2 mois



**NAZAIR doses nasales**

1 pulvérisation le soir pendant 2 mois

- La main droite pulvérise la narine gauche et vice-versa
- Tête légèrement penchée en avant

LOT: GA90549  
PER: 04/2021  
PPV: 75 DH 00

25,00

19,30

**OTRIVINE 1/00**

2 gouttes dans chaque narine 2 fois par jour pdt 6 jours



94,30

**Professeur H. CHELLY**

PHARMACIE ODYSSEE  
15 bis, Rue Tahane, Ferme Bretonne  
Beautejou Casablanca  
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

LOT: M0607  
EXP: JAN 2022  
PPV: 19,30 DH



Pr. Hassan CHELLY ORL  
C.O. - A.R. - M. - I. - S.  
O.R.L de Diagnostic et d'Exploration  
Angle Brahim Roudani et Jean Jaurès  
Casablanca  
Tél: 0522 47 55 85 - Fax: 0522 47 18 41

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

Tél. 0522 88 01 01  
0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

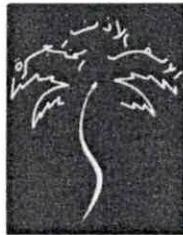
ORL  
Diagnostic & Explorations

الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص



K60

SOH



**code**  
AL FARABI

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



Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 70 18 85  
INPE : 0910105910

NOTE D'HONORAIRES  
NASOFIBROSCOPIE

Le ..... 18/02/2022

Reçu la somme de ..... 600

De Mr, Melle, Mme ..... BEN MASI B. H. J.

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C2 + K10).

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 70 18 85  
INPE : 0910105910



Casablanca, le .....

18/4/2020

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

Mme BENNABIB HAJAR

Dr. H. CHELLY

Dr. H. CHELLY  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

Compte rendu d'endoscopie :

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

Dr. H. CHELLY  
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca  
Tél. 0522 88 01 01  
0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069