

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | : pnc@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.

67141

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10153</u>	Société : <u>D.A.M.</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Marouane Lekhabir</u>			
Date de naissance : <u>06/03/68</u>			
Adresse : <u>38 Rue Abu Asiba EL Marconi</u>			
Tél. : <u>066303635</u> Total des frais engagés : <u>113.075,- Dhs</u>			

Autorisation CNDF n° : A-A-215/2019

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.	

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 : Casablanca Le : 13/04/2021

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
13/04/2013	Spécialisation	Non défini facturé	INP : N° 16/121 2500	OK
13/04/2013	Spécialisation	Non défini facturé	INP : N° 16/121 2500	Signature : Dr. Spécialiste Al... 20.000 CASA 2013 Date : 22-20-18-85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Ches</i>	<i>13/04/21</i>	<i>17500</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

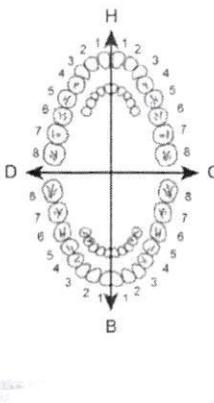
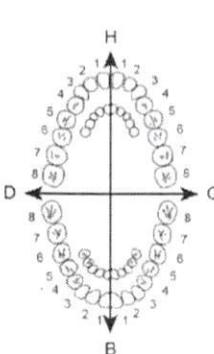
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux <input type="text"/>
D	35533411	B	11433553	
G				Montants des soins <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

Casablanca, le

Monsieur

LEKBIR

MARHOUM

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

4000

LECTIL 16 mg

1 cp matin et soir pendant 1 mois.

3000

EXTRAMAG

1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

Docteur H. CHELLY
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Azazane
Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca

SV

Mme. Amal EL QIBBAJ BAJET
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DANTON
47 Boulevard Bir Azazane
Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca

RECOMMANDATIONS

- 1 - Dormir sur le côté qui ne déclenche pas le vertige
- 2 - Eviter les mouvements brusques de la tête
- 3 - Ne pas porter son regard vers le haut en inclinant la tête
- 4 -Ne pas se retourner brusquement
- 5 - Eviter la conduite aux heures d'affluence
- 6- Faire sa prière en position assise pendant au moins 10 jours



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
ORL
Centre ORL 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
INPE : 091040949

Casablanca, le ..13.4.2021.

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU DES

MANŒUVRES POSITIONNELLES

M^R LEKBIR Nahrour présente un vertige positionnel paroxystique bénin par déplacement d'otolites nécessitant des manœuvres positionnelles libératoires.



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
codealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Professeur HI CHELLY O.R.L
Clinique Spécialisée Al Farabi
7, rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca
Tél.: 05.22.47.30.30 (B.L.G)
Fax: 05.22.20.18.85



CODE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA
Tel : 022 47 30 30 Fax : 022 20 18 85

FACTURE N° 161/2021
NOM - PRENOM : MARHOUM LEKBIR

ACTES MEDICAUX		HONORAIRES MEDECIN	
DESIGNATION			
VHIT	1000,00	DR CHELLY	500,00
AUDIOGRAMME			
CNG			
MANOEUVRES	1000		
FRAIS CLINIQUE	2000,00	FRAIS HONORAIRES	500,00
TOTAL GENERAL			2 500,00
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE			
DEUX MILLE CINQ CENTS DHS			
			
			
CASABLANCA LE 13/04/2021			
ATTIJARI WAFA BANK CASABLANCA, COMPTE N° 007 780 0003853000000108 68			
ICE 001514471000021 IF 01085330			
CNSS / 1235440 - PAT / 35508565			
Tel:022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85			

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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

JARHOUNI GHANACHE Le... 13/11/2003

Renseignements cliniques :
PM

Pour AUDIOGRAMME TONAL

IMPEDANCEMETRIE

PEA

VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

MANŒUVRES POSITIONNELLES

VHIT

Pr. H. CHELLY
Centre ORL de B. Jaurès et Explorations
C.O.P.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85
TÉLEPHONE : 091040949

code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفراري
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 B-U-Y

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

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

