

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Prothésiste 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie
N° M21- 0034935

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3224 Société : Rehmeile

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOFIC ONAR

Date de naissance : 23/10/53

Adresse : N° 2000 N° 2000 Bd Rue Mohammed VI

Tél. : 0661 267122 Total des frais engagés : 883,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2021

Nom et prénom du malade : Ziane Lamia

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ALD

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 : 25/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
25/05/21	G2/k4	8000H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VITA <small>Pharmacie VITA - SARLAW TEL: 05 22 98 43 63 FAX: 05 22 98 44 45 pharmacievita@gmail.com 463 Bd de la République 91000 Evry - Courcouronnes</small>	25/05/21	83,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

code

AL FARABI

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

Casablanca le 25/05/2021

Casablanca, le

Madame

LAMIA

ZIANE

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

53,10
RELAXOL 500

1CP * 3 PAR JOUR * 7 JOURS

30,00
NODOL FEN 400

1 comprimé 3 fois par jour 7 jours

83,10

Pharmacie VITA - SARLAU
TEL: 05 22 98 43 63
FAX: 05 22 98 44 45
pharmacie.vita@gmail.com
467 Bd Brahim Roudani
Villeneuve Marini - CASA

LOT : 20E020
PER: 09 2023
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

LOT : 20E009
PER: 05 2023
NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
6 118000 061878

DR. R. MOUFFAK
CENTRE O.R.L. AL FARABI
Centre de Diagnostic et d'Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Roudani
Tél : 05 22 47 30 30 / 05 22 47 30 30
Fax : 05 22 47 30 30 / 05 22 47 30 30



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

KD





AL FARABI

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

Casablanca, le

25/07/22

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS
AllergologueCOMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

Mme ZIANE Louisa

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E. AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30 (L-G) Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaine naphthazolinée à 5% et l'introduction du fibroscope par la narine droite puis gauche, progression derrière le voile, vision panoramique du larynx. Vestibule laryngé, fente glottique respectée. Course des cordes vocales normale et symétrique. Sinus piriforme libre.

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E. AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
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

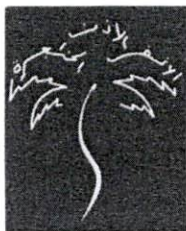
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069





code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفارابي
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 ... 25/7/94

Reçu la somme de **800 (HUIT CENTS) DHS**

De Mr, Melle, Mme Liane WARA

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).

DR. R. MOUENAK
CENTRE O.R.L. DIAGNOSTIC ET EXPLORATIONS
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 / 30 30
Fax : 022 20 18 85