

**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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0028473

87879

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10481 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ASSEURINE Asadeljalil
 Date de naissance : 14/10/1964
 Adresse : 02 RW ALHAMRA Berrechid
 Tél. : 0662 779145 Total des frais engagés : 1335,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2021
 Nom et prénom du malade : ASSEURINE Asadeljalil Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 OCT. 2021
 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 : Nouaceur Le : 12/10/2021
 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
03/09/21	C3 + Vw		800,00	<i>[Signature]</i>

Pr. H. CHELLI
 Centre ORL de Digne
 C.O.D.E AL FAP
 Angle Rue Jean Jaures 4 Bx
 Tél : 05 22 41 20 28 Fax : 05 22 41 20 29
 INPE : 09 10403929

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	03/09/21	535,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

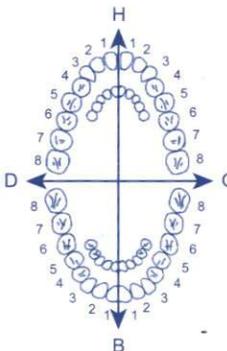
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX
	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

code

AL FARABI

وتشخيص امراض الأنف والأذن والحنجرة القرباني

CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLOR

Casablanca le 03/09/2022

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescentssécables



6 118000 041016

Casablanca, le

Monsieur ABDELJALIL ASSERRHINE

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

51,40
SPECTRUM 250 mg

1 cp matin et soir par jour pdt 7j

18,50
NEOPRED 20Mg

3 cp par jour le matin apres le repas pdt 8 jours

19,30 x 2
OTRIVINE 1/00

3 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour pdt 8 j

39,90
EXOMUC Sachets

1 sachet 3 fois par jour pendant 10 jours.

75,00 x 4
NAZAIR pulv

2 pulv dans chaque narine matin et soir pendant 3

5660
DIPROSTENE N 1

IM n°2

première injection le 20 septembre 2022

deuxieme injection le 20 Janvier 2022

1,535,00
Professeur H. CHELLY

Dr. H. CHELLY

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations

C.O.D.E AL FARABI Casablanca

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa

Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

INSEE 091040949

LOT: GA10173

PER: 03/2023

PPV: 75 DH 00

0173

123

100

GA00826

R: 08/2022

V: 75 DH 00

LOT: GA10174

PER: 03/2023

PPV: 75 DH 00

611 800115 013 7

DIPROSTENE 1 Seringue

P.P.V : 56,60 DH

AMM 235DMP/21/NTT

Distribué par MSD Maroc

B.P. 136 Bouskoura



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 : 00183719900069



Monsieur ABDELJALIL ASSERRHINE

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Compte rendu de
ENDOSCOPIE NASALE à l'optique rigide 0°

Renseignements Cliniques

ATCD de Chirurgie de PNS en Juin 2021

Obstruction nasale bilatérale marquée à gauche

Anosmie en accordéon

Pas de Crises d'asthme

Résultat de l'examen

sans méchage des fosses nasales, introduction de l'optique rigide 0° alternativement par la narine droite puis gauche.

L'examen montre les résultats suivants :

Fosse nasale Gauche

Occupée en unfidibulaire par une grappe de polypes à l'unfundibulum ethmoidal

Fosse nasale droite

Polype de la fente olfactive et de l'infudibulum ethmoidal des deux cotés

cavum accessible

AU TOTAL

Aspect de Polypose bilatérale exubérante obstructive du vestibule narinaire à droite

L'aspect évoque une Maladie de Widal bilatérale

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
O.R.L.
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
Télé : 09 10 40 9 3 3



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 القرابي
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 03/09/2024

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

De Mr, Melle, Mme ASSERMAING A. A. CHELLY

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10)

PT. H. CHELLY
Centre ORL Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949

PT. H. CHELLY
Centre ORL Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949