

## 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'entente préalable renseignée 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-636258

96195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9841 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DANOUNE RACHID  
 Date de naissance : 30/07/1962  
 Adresse : 7, Rue AIN ELATI, Apt 6, RACINE  
 CASA DL ANCA  
 Tél. : 066179015 Total des frais engagés : 467,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : CASA Le : 15/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013



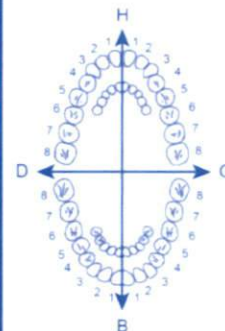
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/94	CL		300	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] A. HESSESEN O.L.E. Cai-Abraham Cai-Koudami - Casa du 05-22-20 18 ans

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANAJNI SARL AU Rés. Les Palmes de Ben Triaa Trm. 2 N° 1 Mansouria Tél : 05 23 33 01 27	10/11/21	167.40

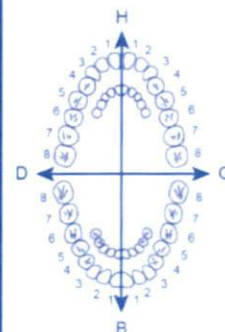
[illegible]

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

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



A frontal view of a human skull with numbered landmarks 1 through 8. A vertical line with arrows at both ends is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. A horizontal line with arrows at both ends is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The landmarks are numbered as follows: 1 (nasion), 2 (pronasale), 3 (subnasale), 4 (prionale), 5 (prionale), 6 (prionale), 7 (prionale), 8 (prionale).



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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**code**

**AL FARABI**

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة القرايبي**  
**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**  
**CONSULTATION**

Le 10.11.21

Reçu la somme de 3000

De Mr, Melle, Mme ANFAD

Pour consultation ORL (C2)

Pr. Med. A. HESSISSEN  
Centre O.R.L. & Explorations  
C.O. & Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casa  
Tel. : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85  
INPE : 091033753



code

AL FARABI

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

Casablanca le 10/11/2021

Casablanca, le .....

Madame

ZINEB

LEMFADLI

75.00 x 2

NAZAIR

2 pulvérisations les soirs pendant 3 mois

17.70

ELUDRIL bain de bouche

3 fois par jour

16.70  
PHARMACIE ANAJM SARL AU  
Rés. Les Perles de Ben Triaa  
Imm. 2 N° 1 Mansouria  
Tél : 05 23 33 01 27

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN  
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  
INPE : 091033753

LOT: 21E009  
PER: 02/2024  
ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML  
P.P.V : 17DH70



LOT: GA10174  
PER: 03/2023  
PPV: 75 DH 00

NAZAIR® 50µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
flacon de 100 doses



LOT: GA10175  
PER: 03/2023  
PPV: 75 DH 00

NAZAIR® 50µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
flacon de 100 doses



Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue



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

cliniquesspecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

