

# 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

- Reclamation : 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° M21- 040539

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02830 Société : RA7 102348  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : KEBDANI, Ismaïel  
 Date de naissance : 01/1955  
 Adresse : Résidence EL FATE Im. RAHANE 1.11.35-8  
 Hayat Qods - CASA  
 Tél. : 0606589152 Total des frais engagés : 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 01/01/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-12-21	201 40 + 67,10
	07-12-21	40,20

# 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	P C	I M	I V	

# 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 de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
		H	H																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

777 05 2021 05 2024  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

code

AL FARABI

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

Casablanca le 02/12/2021

Casablanca, le .....

Madame

SAMIRA

KHARBOUCH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

**ECOCLAV 1g**

1 sachet 2 fois par jour pendant 8 jours

**ULTRA-LEVURE GELULES**

2 gélules matin et soir pendant 8 jours

**SURGAM 200 mg**

1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours

**OEDES**

1 comprimé par jour pendant 6 jours

**SOINS LOCAUX A LA BETADINE**

1 fois par jour

Pansement à vérifier dans 48 heures  
( 2ème Etage Clinique Al Farabi )

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

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

INPE : 091040949

06/23

20042

115DH90

Lot N°:

Exp :

PPV :

PER: 12/2023  
LOT: 210000  
CP SEC 800  
P.P.V. 550-40  
Surgam 200mg  
020808

LOT 210384

EXP 12/2023

PPV 30.00DH

29140  
65.10

35650

ALAOUI FDILI Mostafa  
Pharmacie de Lorraine SARL  
52, Bd. Tahar El Messini - Casablanca  
Tel.: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 51  
ICE : 00222701000094



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

ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص





**MALADIE ET CHIRURGIE**

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX  
CHIRURGIE DE LA SURDITE ET CERVICO FACIALE  
CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE  
ALLERGOLOGIE  
REANIMATION POLYVALENTE

Consultations tous les jours sur rendez-vous  
Gardes des Dimanches et Fêtes assurées

CLINIQUE SPECIALISEE  
**AL FARABI**

**أمراض وجراحة**

الأنف - الحنجرة - الأذن  
جراحة السمع والوجه والعنق  
جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب  
حساسية  
إنعاش

الفحص يوميا بالموع  
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

**Mme KHARBOUCHE**

**SARIRA**

1340 x3

**Levothyrox 50**

**1 prise matin**

40, 20

**(03 mois)**

**ALAOUI FOULI Mostafa**

Pharmacie de Lorraine SARL

22, Bd. Rahal El Meshim - Casablanca

Tél: 0522 23 35 40 / 0522 22 27 50

ICE: 00253701000094



**Dr. M. Abdel Salam HUSSEIN**  
CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI  
Anesthésiste Réanimateur

7, Rue Jean Jaurès - 20060 Casablanca  
Tél: 05 22 47 30 30 / 05 22 47 20 20 - Fax: 0522 20 18 85  
a.hussein@hotmail.fr



6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336