

**INFORMATIONS 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.

**Education :**

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.

**Prothèse :**

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**

Préclamation	: 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 personnelles.

Siège social : 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° P19-0048330

106391

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOURKIA ABDELGHANI

Date de naissance :

06/04/1960

Adresse :

107 Lot WAFA de lava

Tel. : 0661330889

Total des frais engagés : 527,00

Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

PI. H. CHELLY

O.R.L

Centre CRL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E.A.L FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Bahira Roumani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 16 85  
INPE : 091040949

091040949

Conjoint

Enfant

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

Signature de l'adhérent(e) :

PI. H. CHELLY

Le : 12/04/2022

Signature :

PI. H. CHELLY  
O.R.L  
Centre CRL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E.A.L FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Bahira Roumani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 16 85  
INPE : 091040949

Le : 12/04/2022

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
28/12/2013	28/12/2013	28/12/2013	28/12/2013	Pr. H. CHEL ORL Centre ORL de Diagnostic et E C.O.D.E.A.L FARABI Cas Angl: Dr Jean Jaurès et Brahim Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 IM-0910409

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA Derba	Fix : 05.22.53.20.54	122

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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'OD.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
D				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT**

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

Monsieur ABDELGHANI BOURKIA

**LECTIL 16 mg**

1 cp matin et soir pendant 1 mois

**RELAXIUM Cp**

1 cp le soir au coucher pendant 1 mois

**PRECAUTIONS à tenir jusqu'à guérison**

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

HARMAGIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
El Deroua  
Tél : 05 22 53 20 54

**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 Ibrahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 09 040949

LOT : 210327  
DLUD : 06/2024  
87,00DH

40,00

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  
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com  
  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069



**ORL**  
Diagnostic & Explorations

التشخيص والتوصيات  
التشخيص والتوصيات



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

NOTE D'HONORAIRES

Le .....

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (Kf ) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen



Pr. H. DELLY  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949