

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-675547

552205

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8387

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL KIHEL Fouad

Date de naissance :

20/11/1962

Adresse :

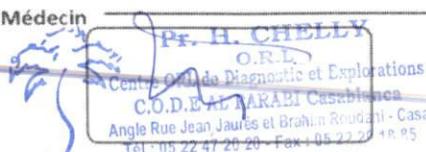
Siesta beach , 13, Mouloud MÉDIA

Tél. : 0661397225

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/03/2012

Nom et prénom du malade :

MOURABIT KEL Toun

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

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 : Mouloud MÉDIA

Le : 16/04/2012

Signature de l'adhérent(e)

Autorisation CNCP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/05/2005 | 12029 | C 3 + 15 | 4.000 Dhs | INPI : 091040949 |
| | | | | Dr. H. CHAHADA |
| | | | | Centre National de Diagnostic et d'Assistance à la Santé |
| | | | | 101, Avenue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca |
| | | | | Angle Rue 47 et 20/20. Tel : 05 22 47 20 20. Fax : 05 22 20 11 16 |
| | | | | INPI : 091040949 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| SOINS DENTAIRES | Traitées | Soins | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|---|---------------------------------------|---|
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | B 00000000 35533411 | | 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'EXECUTION |

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن 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 24/03/2022

Reçu la somme de

..... 4.00 Dhs. quatre (4) dinars

De Mr, Melle, Mme

..... M. FARABI KEL TOUN

Pour consultation ORL (C2) + (K5) pour microaspiration pour
Bouchon de cérumen

Scn. O.R.L
Centre ORL de Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani
Tél : 022 47 20 20 / 47 30 30
FAX : 022 20 18 85
INN

3760162579741

002-01/21
ETIQUETTE ALFA

04/2024
04/2024
04/2024
04/2024
05/2024

PPC = 95,00 DHS
A consommer de
Date de fabrication :
N° de lot :
Date de péremption :
Péremptio...

CC
AL FA
الأنف والأذن والحنجرة
O.R.L DIAGNOS

LOT
EXP
PPV
11 2025
134 80
134,80

Casablanca, le

Madame

KELTOUM

MOURABIT

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé

NOOTROPYL 800 Cp

1 cp matin et soir pendant 3 mois

EXTRAMAG

1 cp le matin au petit déjeuner pendant 1 mois

BUDENA doses nasales

1 pulvérisation le soir pendant 3 mois

- La main droite pulvérise la narine gauche et vice-versa
- Tête légèrement penchée en avant

Lot N°: 066R031A
FAB: 06-2021
EXP: 06-2023

PPV:149DH00

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre ORL de Diagnoses et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE: 001840949



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

