

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-722196

124126

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : Ex RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL M DAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732 Total des frais engagés : 3 000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M EL M DAGHRI Najat 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 : Le : 18/07/22

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
18/07/22	Voir FF	3000		INP : 0900000000 CLINIQUE SPECIALISEE Dr. Rocio Lorynologia Calle de servicio local Rue Jean Jaurès - 28000 Casablanca Tel : 05 22 47 30 40 TEL. 05 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الكلية الملكية المغربية



**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 بالموعود  
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

NOTES DE

DR CHELLY

1900

Pr. H. CHELLY  
Centre de Diagnostique et Explorations  
C. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30  
Angle Rue Jean Jaurès - 20 000 Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INRE : 091040949



الكلية الطبية المتخصصة



**MALADIE ET CHIRURGIE**

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX  
CHIRURGIE DE LA SURDITE ET CERVICO FACIALE  
CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE  
ALLERGLOGIE  
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 بالموعد  
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

NOTA  
Da Belch  
600

**CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI**  
Dr. B. MEKKI BERRADA  
Réanimation  
7, Rue Jean Jaurès - Casa 20000  
INPE : 001112045  
Tel : 05 22 47 30 30 / 05 22 47 20 20 Fax : 0522 20 18 85

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرجاني  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca, le

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

**Dr. Hassan CHELLY**  
Professeur Agrégé

**Dr. M. Amine HESSISSEN**  
Professeur Agrégé

**Dr. Mohamed BENNIS**  
Allergologue

**PLI CONFIDENTIEL**

M

Présente des angines à répétition  
nécessitant

# UNE AMYGDALECTOMIE

K 40

Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01

0522 47 20 20

0522 47 30 30

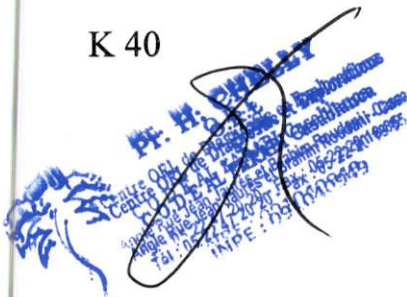
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



CLINIQUE SPECIALISEE  
AL FARABI

Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration  
C.O.D.E AL FARABI

HOSP.

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 47 32 32 FAX : 022 20 18 85

BILLET D'HOSPITALISATION

30 JUIN 2022

Chambre :

Admettre Mr, Melle, Mme, Enft :

EL MDA GRI MAJAT

AGE :

Le

:

18/07/22 à 13h à jeun

Pour

:

HA (Adulte)

Médecin traitant

:

PR CHELLY

Vérifier les documents avant l'admission :



BIOLOGIE



CPA



RADIOLOGIE



AUDIO IMPEDANCEMETRIE

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casablanca  
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85  
Tél : 091040949



CLINIQUE SPECIALISEE  
**AL FARABI**

**O. R. L.**

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

**ANESTHESIE - REANIMATION**

Dr. Rachid MEKKI-BERRADA

Dr. M. Abdelsslam HUSSEIN

المركز التخصصي  
للجراحة الفموية



Centre D'Implantation  
Cochléaire

CASABLANCA, LE 18/07/2022

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

NOM DU PATIENT : EL MDAGHRI NAJAT  
NOM DU MEDECIN : DR CHELLY  
NOM DE L'ANESTHESISTE: DR BERRADA  
DATE DE L'INTERVENTION : 18/07/2022

**AMYGDALECTOMIE ADULTE**

**INTERVENTION**

- Sous anesthésie générale
- Ablation des amygdales.

**Dr. H. CHELLY**  
Centre D'Implantation Cochléaire  
C.O.D. 2000, 7, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél. 05 22 47 20 20 - Fax 05 22 20 16 85  
INPE - 091040949

7, Rue Jean Jaurès  
20 000 CASABLANCA

Tél. 0522 47 20 20

0522 47 30 30 / 0522 47 32 32

Fax : 0522 20 16 85

E-mail : cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 01085330

ICE : 001544710000021



# CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA

Tel : 022 47 30 30 Fax : 022 20 18 85

NOM - PRENOM : EL MDAGHRI NAJAT

DATE D'ENTREE 18/07/2022

DATE DE SORTIE 18/07/2022

HOSPITALISATION				HONORAIRES	
DESIGNATION	NOMBRE	PRIX U	MONTANT	MEDECIN	MONTANT
REANIMATION			-	PR CHELLY	1 200.00
SOINS INTENSIFS				DR BERRADA	600.00
CHAMBRE					
ACCOMPAGNANT					
<b>TOTAL</b>			-	<b>TOTAL HONORAIRES</b>	1 800.00
ACTES MEDICAUX				FOURNITURES	
DESIGNATION				DESIGNATION	MONTANT
SALLE D'OPERATION			900.00	PHARMACIE	300.00
AIDE OPERATOIRE				PARAPHARMACIE	
PONCTION LOMBAIRE				CENTRE TRANSFUSION	
A.M.I.				ELECTRODES	
V N G				RADIOLOGIE	
AUDIOMETRIE				LABO MY YOUSSEF	
				LASER	
FRAIS CLINIQUE				<b>TOTAL</b>	300.00
			900.00		
<b>FRAIS CLINIQUE</b>			900.00	<b>TOTAL GENERAL</b>	3 000.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE  
TROIS MILLE DHS

*Reçu par chèque*

CASABLANCA, LE 18/07/2022

ATTIJARI Wafa BANK, BD HASSAN II CASA. COMPTE N° 00 2780 0005210 14475 420068


IF 01085330

ICE : 001514471000021

- CNSS / 1235440 - PAT / 35508360

Tel: 022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85

<b>PHARMACIE</b>			
S, GLUCOSE + ELECTRO	25	1	25
FLUIDES MEDICAUX	100	1	100
HYPNOVEL	20	1	20
FENTA	20	1	20
			0
<b>TOTAL</b>			<b>165</b>
<b>PARA-PHARMACIE</b>			
SERINGUES JETABLES	5	4	20
INTRANULLE	20	1	20
TUBULURE	20	1	20
SONDE ASPIRATION	20	1	20
SONDE INTUBATION	20	1	20
GANTS	5	3	15
COTON+COMP	20	1	20
<b>TOTAL</b>			<b>135</b>
<b>TOTAL PHARMACIE</b>			<b>300</b>


**CHU DE NIMES**  
 CHU de Nîmes - Hôpital Lariboisière  
 Chirurgie Générale - 28 000  
 7, Rue de la République - 30000 Nîmes  
 Tél : 04 67 20 15 15 - Fax : 04 67 20 15 15