

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'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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-722196

124186

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008392

Société : Fox RA 51

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELI IDAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 40 09 732

Total des frais engagés : 3 800 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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/07/2022

Autorisation CNDP 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
18/01/92	VCEH	FG 300 00		INP : 00000000  CLINIQUE SPECIALISEE EN CHIRURGIE RHINO-LARYNGOLOGIQUE Dr. Raphaël Laryngologist Casablanca Service faciale 23/01/92 18-85 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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DÉBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
	[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																		

الجامعة الفارابي المختصة



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

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

أمراض وجراحة

الأنف - الحجرة - الأنف
جراحة السمع والوجه والعنق
جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب
حساسية

إنعاش

الفحص يومياً بالموعد
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

NOTE de Rec

D R Clevu

Mer

Dr. H. CHELLY
Centre de Diagnose et Explorations
Cours Jean Jaurès 20 - Casablanca
Angle Rue Jeanne d'Arc et Rue du Rougant - Casa
Tél : 05 247 20 - Fax : 05 22 20 18 85
MTP : 093044949

الجامعة الفارابي المتخصصة



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

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

أمراض وجراحة

الأنف - المخجرة - الأنف

جراحة السمسم والوجه والعنق

جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب

حساسية

إنعاش

الجسم يومياً بالمرعد

الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

NOTA d'ac

Dr Berrada

600

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI
Dr. B. MEKKI BERRADA
7, Rue Jean Jaures - Casa 20000
Réanimation
Tél: 05 22 47 30 30 / 05 22 47 30 20 Fax: 05 22 20 18 85
IMPE: 09 11 12 04 5

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 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

Casablanca, le

14/2/22

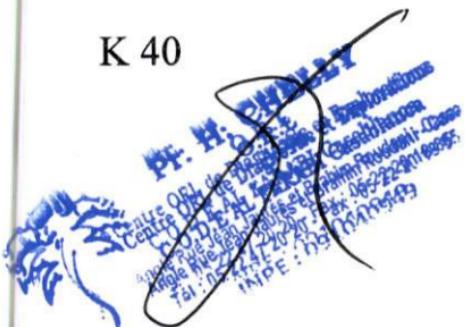
PLI CONFIDENTIEL

M.....
*Dr. Roudani
Alayet*

Présente des angines à répétition
nécessitant

UNE AMYGDALECTOMIE

K 40





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

Olli

Chambre :

32

Admettre Mr, Melle, Mme, Enft :

EL MAGHRIBI NAJAT

AGE : 62 ans

Le : 18/07/22 à 7h³⁰ à jeun

Pour : HA (Adulte)

Médecin traitant : PR. S.MELLY

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
Tél : 022 47 20 20 Fax : 022 20 18 85
INN : 022 47 20 20 FAX : 022 20 18 85
TELE : 022 47 20 20 FAX : 022 20 18 85
TELE : 022 47 20 20 FAX : 022 20 18 85



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



Centre D'Implantation
Cochléaire

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. Abdesslam HUSSIEN

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

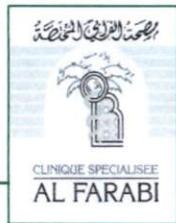
AMYGDALECTOMIE ADULTE

INTERVENTION

- Sous anesthésie générale
- Ablation des amygdales.



7, Rue Jean Jaurès
20 000 CASABLANCA
Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30 / 0522 47 32 32
Fax : 0522 20 18 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					
TOTAL			-	TOTAL HONORAIRES	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			TOTAL	300.00
		900.00		
FRAIS CLINIQUE		900.00	TOTAL GENERAL	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

PHARMACIE			
S, GLUCOSE + ELECTRO	25	1	25
FLUIDES MEDICAUX	100	1	100
HYPNOVEL	20	1	20
FENTA	20	1	20
			0
TOTAL			165
PARA-PHARMACIE			
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
TOTAL			135
TOTAL PHARMACIE			300

