

## 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.

N° W21-660502

19.9336

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9634 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL M'CHANTEF YOUSSEF

Date de naissance : 11/06/1981

Adresse : 164 CITE MOUSSA DABAMOUDIA

Tél. : 066 105 2136 Total des frais engagés : 1236,56 Dhs

**Pt. H. CHELLY**

O.R.L.  
Centre ORL de Diagnose et Explorations  
C.D.E ALL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 41 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
091040949

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2022

Nom et prénom du malade : SOUFIANE NAJAT

Age :

Lien de parenté :  Soi-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : chim corl

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 : 04/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
08.09.22	NA so fil	93	300 Dh	INP : 11/11/2022 N° de la facture : 00174420 Date de paiement : 10/09/2022 Signature : Dr. A. B. C. Signature : Dr. A. B. C. Signature : Dr. A. B. C.
08.09.22	NA so fil	93	300 Dh	091040910 1040920

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La LIBERTÉ Merzouki Nafat Lot Houria Mohammed El Aïa 1:05 23 32 03 06	8/9/22	636.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

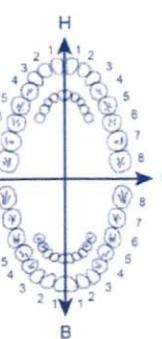
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que l'bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>				
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS				
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION				
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX				
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>26533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			26533412	21423552	00000000	00000000	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
26533412	21423552							
00000000	00000000							
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION				

Casablanca, le .....

Madame

NAJAT

SOUFIANE

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

x2  
1.40

(S.V)

**SPECTRUM 250 Mg**

1 cp matin et soir pendant 10 jours

40.8

(S.V)

**PREDNI 20 mg**

3 cp le matin en prise unique au petit déjeuner pendant 6 jours

x2  
6f.8

(S.V)

**ULTRA-LEVURE 250 sachets**

2 sachets matin et soir pendant 10 jours  
à boire sans eau directement dans la bouche

73.8

(S.V)

**IXOR Cp 20**

1cp le matin pendant 10j

39.90

(S.V)

**EXOMUC sachets**

1 sachet 3 fois par jour pendant 10j

19.30

(S.V)

**OTRIVINE Gouttes nasales**

1 pulvérisation matin et soir pendant 10j

96.80

(S.V)

**RESPIMER Douches nasales**

1 lavage deux fois par jour pendant 10j

29.90

636.50



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

Pharmacie La LIBERTÉ  
Merzouki Najat  
336 Lot Houria El Alia  
Tél: 05 23 29 30 06  
Pharmacie La LIBERTÉ  
Merzouki Najat  
336 Lot Houria El Alia  
Tél: 05 23 29 30 06

**Professeur H. CHELLY**

**PT. 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  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الشخص والتخيّص

DIAGNOSTIC  
EXPLORATIONS



LOT: M0758  
EXP: MAR 2025  
PPV: 19,30 DH

BOTTU SA  
PPC: 96DH80

OT 1093  
(P)

Consult instructions  
for use before use

BOTTU SA  
10008862 PPC: 129 DH 90  
2024 04

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

COOPER PHARMA  
PPV: 40,00 DH

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents  
PPV: 73DH80  
EXP 09/2023  
LOT 15014 8

51,40

51,40

6503 BIOCODEX MAROC PPV 67,00 DH  
10/21 10/24

6557 BIOCODEX MAROC 11/21 PPV 67,00 DH  
11/24

LOT 22006  
IER JUN 24  
PPV 390 H 30  
3590

Casablanca, le .....

Madame

NAJAT

SOUIFANE

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

**Compte rendu de  
ENDOSCOPIE NASALE à l'optique rigide 0°**

**Renseignements Cliniques**

hémifacialgies droites sans ATCD de soins dentaires  
ATCD de chirurgie thyroidienne en 4/2022

**Résultat de l'examen**

sans méchage des fosses nasales, introduction de l'optique rigide 0° alternativement par la narine droite puis gauche.  
L'examen montre les résultats suivants :

discrète Déviation de la cloison nasale à droite  
Coulée purulente le long du bourrelet tubaire droit avec cascade sanieuse issue du méat moyen droit

**AU TOTAL**

Pas d'ATCD de soins dentaires  
SINUSITE ANTERIEURE DROITE

**Professeur H. CHELLY**



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



**CODE**  
AL FARABI

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

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de O.R.L

C.O.D.E AL FARABI Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091000946

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

## NOTE D'HONORAIRES NASOFIBROSCOPIE

Le .... 08/09/22

Reçu la somme de ..... 300 Dhs Trois Centimes

De Mr, Melle, Mme ..... SOUFIANE NAJAT

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnoses et Exploration  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091000946

Pr. H. CHELLY  
O.R.L  
Centre ORL de Diagnoses et Exploration  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091000946