

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1013 Société : 13326

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOUARI ZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/22

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : / /

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
21.11.2000	Opérations	500 Dhs	500 Dhs	A. HESSI C.R.L Centre Onglet Diagnose & Solutions C.O.D.S. Anglet - 64 Tél : 05 24 72 00 20 - Fax : 05 22 00 15 42 E-mail : info@cods.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Nemra Et Aoud Boutique Pharmacie 74 / 72 - Fax : 05.22.49.21.71	Nemra Et Aoud Boutique Pharmacie 74 / 72 - Fax : 05.22.49.21.71	630,50
196, nd. Bourdella - Casablanca 05.22.49.21.71 / 72 - Fax : 05.22.26.10.12		

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 le bilan de l'ODF.

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 style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 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> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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															

دise وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATION

Casablanca le 21/11/2022

Casablanca, le

Madame

ZAHRA

HOURI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

51,40x2

SPECTRUM 200
1CP *2 PAR JOUR PDT 10 JOURS

179,50

DEFLAZACORTE 30
2.5 cp par jour pendant 7 jours

119,00

PHYSIOMER EUCALYPTUS
1 APP*3 PAR JOUR

119,10x2

RISONEL
2 PULV LES SOIRS PDT 3 MOIS

S.V

SA,40

SA,40

N° du Lot
Date Per.
P.P.V: 119,10 DH

Lot: SL1157D
Per: 11/2025
PPV: 170DH50

S.V

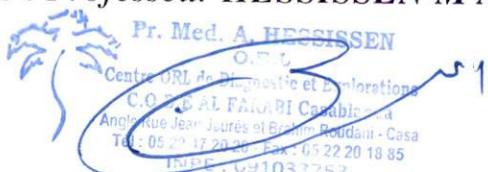
Lot: SL1157D
Per: 11/2025
PPV: 170DH50

S.V

Lot: SL1157D
Per: 11/2025
PPV: 170DH50

Total = 630,50

Signé : Professeur HESSISSEN MA



الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتلخيص



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

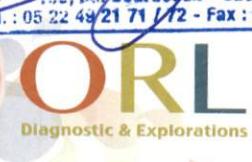
Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



Casablanca, le

21/11/22

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

M HOUARI Zohra

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casa
Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 05 22 47 20 20 Tel: 05 22 47 20 20
Fax: 05 22 47 20 20

- Obstruction nasale
- Rhinorrhées

Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5% , l'introduction du fibroscope par la narine droite et la progression du fibroscope, l'examen montre une rhinosinusite.



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

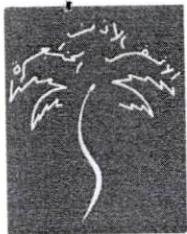
Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.D. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casa
Tel: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 05 22 47 20 20 Tel: 05 22 47 20 20
Fax: 05 22 47 20 20



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
للفحص والتثبيط





code
AL FARABI

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 /30 30 FAX :022 20 18 85

Pr. Med. A. HESSISSEN
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 : 091033753

NOTE D'HONORAIRES

NASOFIBROSCOPIE

Le 21/11/22

Reçu la somme de

..... 500 (Cinq Cents) DH.

De Mr, Melle, Mme

..... HOUARI Zohra

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).

Pr. Med. A. HESSISSEN
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 : 091033753