

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 - 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

M22- N° 004905

142714
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 200 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Tahiri Malika
Date de naissance : 16/07/1956
Adresse : 9, Rue Oualili, Quartier Berger Casablanca 20380
Tél. : 05 22 983 863 Total des frais engagés : 1208,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/07/2022
Nom et prénom du malade : Tahiri Malika Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 28/07/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21.11.22	Consult	3	100	
21.11.22	Consult	5	500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/22	358,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

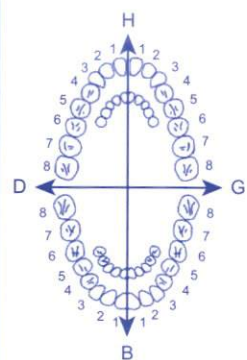
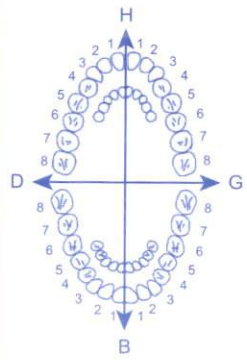
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



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 21.11.2022

Dr. Attiri
malika

1) Predni 20

3 c/j matin et
1 seule prise / 6

87,5

2) Bixonic

1 c/j / 7

102,5

3) Aerus

1 c/j / 6 son

79,5

4) Apixol

1 c/j m 3/j

89,5

5) Rhinolaya

protect

3/1

358,5

Signature of Dr. Abdelkrim LAMRANI
Stamp: D. A. LAMRANI O.R.L.
C.O.D.E AL FARABI
Rue Jean Jaurès - 20 060 Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30 (8 L.G.)
Fax : 0522 20 18 85

ENT
DIAGNOSTIC
EXPLORATIONS



ORL
Diagnostic & Explorations

الاذن الانف والحنجرة
الفحص والتشخيص



500 ملغ

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول
146-147 المنطقة الصناعية نيطمبل - الدار البيضاء

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين



مضاد حيوي

أقراص ملبسة عن طريق الفم

7

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين
7 أقراص ملبسة عن طريق الفم



500 ملغ

مضاد حيوي

Titulaire de l'autorisation de mise
sur le marché dans le pays d'origine :
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem, Pays-Bas

Médicament soumis à prescription
médicale. Excipient à effet notoire:
Contient du Lactose.
Pour plus d'information, voir la notice.

Fabriqué et distribué par :

Les laboratoires PHARMACEUTICAL
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda
Maroc Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

AMM N° 393/19 DMP/21/NRQ

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Chaque comprimé contient 5 mg de
desloratadine. Avaler le comprimé
en entier avec de l'eau. Tenir hors de
la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne
dépassant pas 30°C. A conserver
dans l'emballage extérieur d'origine.
Lire la notice avant utilisation.

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT: 102
PER: MAI 2024
PPV: 102 DH 60

Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel

200 ml e

Pharmalife 
RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 220601
À consommer avant le: 07/2025
PPC: 79,00 DH

RHINOLAYA

PROTECT

Protection
against allergies

Schutz
vor Allergien

Beschermt
tegen allergieën

Προστασία
από τις αλλεργίες



With Himalaya salt
Mit Himalaya-Salz
Met Himalaya-zout
Με αλάτι των Ιμαλαΐων



Allium
cepa
BIO

Sabadilla
officinalis

50 ml

inebíos
LABORATOIRES

ISO

50 ml e 89 3

ACL 976 767.7
CN 172329.1

CE
0459



LOT : 20155
PER : 01/2025
PPC : 89, 90DH

LOT



code
AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

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

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

Le.....

Renseignements cliniques :

Pour π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π P E A + ASSR

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

π VHIT

Dr. Abdelkrim AL FARABI
Centre de Diagnostic et Explorations
O.R.L.
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32 Fax : 022 20 18 85
INPE - 091091439

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفارابي
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 21.11.12

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

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

Dr. Abdelkrim LAMRANI
Centre ORL et Diagnostique et Explorations
C.O. N° 5 AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casablanca
Tel : 022 47 20 20 / 47 30 30 Fax : 022 20 18 85
Tél : 091091439

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

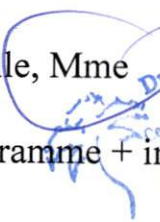
A+I

Le 

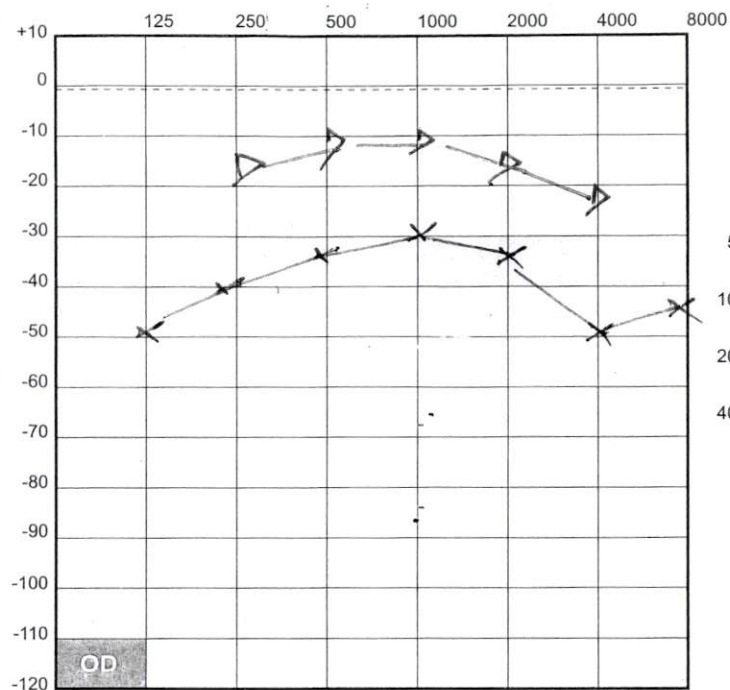
Reçu la somme de **cinq cents (500) dirhams**

De Mr, Melle, Mme

Pour audiogramme + impedancemetrie (K15 + K10).


Dr. Abdelkrim LAMRANI
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 : 091091439

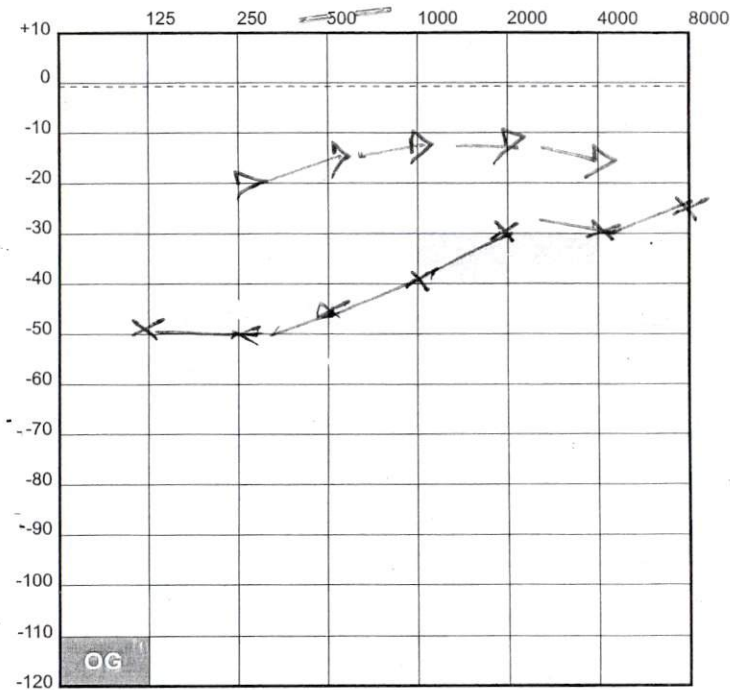

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091439



I.A. D = %

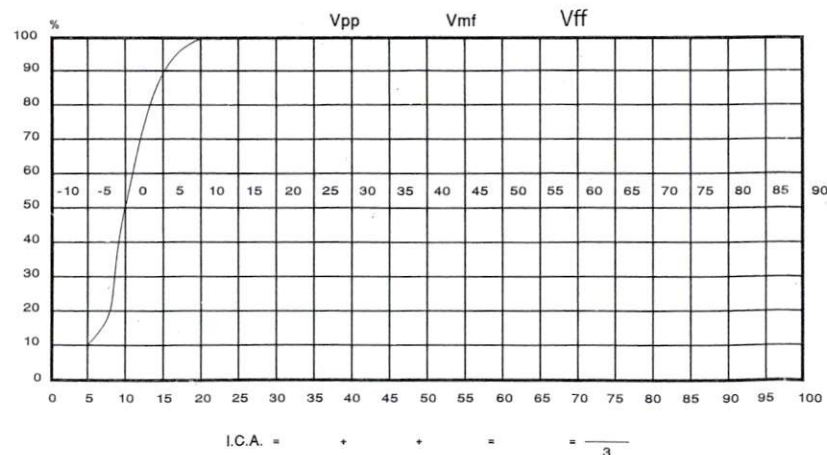
PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



I.A. G = %

EPREUVES VOCALES



I.C.A. = + + = = 3

WEBER

	250	500	1000	2000	4000	
OD	2	2	2	2	2	OG

