

# 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- 0048079

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 696 Société : MD 145209

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAABI M'hamed

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Hay AL KHARA 1 3<sup>e</sup> Tichite V27

Tél. : 06 07 05 40 10 Total des frais engagés : 17000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin - Dr. Abdelkrim LAMRANI

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JAN 2023

Nom et prénom du malade : BAABI M'hamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Sinusite

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) : [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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18 JAN. 2023    |                   |                       |                                 | Dr. Abdelkrim LAMRANI<br>O.R.L.<br>Centre ORL de Diagnostic et Explorations<br>C.O.D.E.A.L.F.A.P. 51 Casablanca<br>Angle Rue Jean Jaures et Babouy Roudani - Casa<br>Tél: 05 22 47 20 20 Fax: 05 22 20 18 85<br>INPE : 091091439 |

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 Praticien

Date des  
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

Audel  
137 Bd. Adolphe Maupassant - 20480 Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 87 01 07  
18 JAN. 2023

Voir facture  
N° 2303/83

14.000,00  
Drs  
LH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

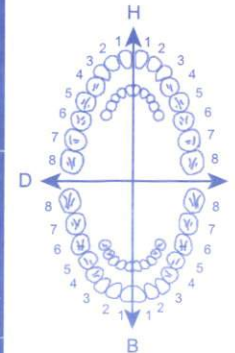
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

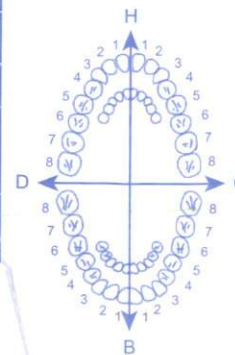
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
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

16/01/2023

**PLI CONFIDENTIEL**

Je soussigné Dr A. LAMRANI certifie  
que Mr BAABI M'HAMED présente une  
surdité de perception bilatérale nécessitant  
une réhabilitation par audioprothèse  
bilatérale.

Délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Dr A. LAMRANI



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

cliniquesspecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
O.R.L.  
Centre O.R.L. 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  
INDE 001837199000069





Casablanca, le 18/01/2023

**FACTURE N°: 2303/23**
**Mr BAABI M'HAMED**  
**CASABLANCA MAROC**

| Désignation                        | Qté        | Prix Unitaire HT | Prix Total HT    |
|------------------------------------|------------|------------------|------------------|
| PROTHESE AUDITIVE NUMERIQUE<br>RIC | 2          | 7 000,00         | 14 000,00        |
| PILE ACOUSTIQUE                    | 10         | -                | -                |
| <b>Total Hors taxes</b>            |            |                  | <b>14 000,00</b> |
| <b>Montant TVA au taux de :</b>    | <b>20%</b> |                  | <b>(*)</b>       |
| <b>Total en DHS</b>                |            |                  | <b>14 000,00</b> |

Arrêter la présente facture à la somme de :

**QUATORZE MILLE DIRHAMS .**
**MODE DE PAYEMENT :**
**CHEQUE**

**Audel**  
 137, Bd Adakhla Inara 1 - 20480 Casablanca  
 Tél / Fax : 05 22 87 01 07  
 BAABI M'HAMED

(\*) Exonération prévue par l'article 91-VI-2° et 124 du code générale des impôt.

**137, Bd Adakhla Inara 1**  
**Casablanca**  
**Tél / Fax : 05 22 87 01 07**  
**Site Web : www.audel.ma**

N° Dossier: 145209   
N° Dossier externe: PEC-00696-16/01/2023  
Type de dossier: ORL   
Bénéficiaire: BAABI M HAMED  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 16-01-2023   
Date de fin:   
Date de saisie: 16-01-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [↓]

| Date       | Type   | Commentaire                             |
|------------|--------|---|
| 17-01-2023 | Manuel | OK PROTHESE AUDITIVE BILATERALE FORFAIT |