

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

149833

Déclaration de Maladie

Nº P19- 045720

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9418** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MENNI KHALID**

Date de naissance : **04/06/1972**

Adresse : **C.C.I Bouskoura ILOT 9 VILLA 40 ACSA GREEN TOWN**

Tél. : **06 61 06 09 61** Total des frais engagés : **1308,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/02/2023**

Nom et prénom du malade : **MENNI** Age : **14 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affectif**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie**

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 : 17/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **17 FEV 2023**

MUPRAS **ACCUEIL** **KH.H**

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
11/02/23	C + H		1000 DFB	<i>[Signature]</i>
				<i>[Dr. R. MOUFFAK]</i> DR. R. MOUFFAK Centre Odontologique et Exploratoire Angle Rue Jules Ferry et Rue Roudani - Casablanca Tél: 05 22 12 32 28 - Fax: 05 22 18 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Dr. R. MOUFFAK Centre Odontologique et Exploratoire Angle Rue Jules Ferry et Rue Roudani - Casablanca Tél: 05 22 12 32 28 - Fax: 05 22 18 88	11/02/2023	308,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			0

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

Casablanca, le 11.02.23

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

M. M. Henni Lass

1/ Acnyc 5mg SV

50.70 1cp 5.6 2024 157'

LOT : 104-2
PER : MAI 2024
PPV : 51 DH 70

2 Nasonex 10 SV

13.70 2 fels 2 (6) 1005

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

3 Etipred 20g SV
60.00 2 cp 5 le aot 6 1

EFFIPRED® 20 mg
PPV 40DH01
EXP 10/2025
LOT 20018/20

4 Feni. Naz 10 SV
80.70 1 fels 1 2024 157'
308.10.

LOT 22.062/PC21
03/2025 PPC 34.70

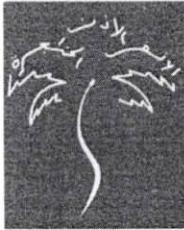
Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E AL FARABI
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Anglo Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 06 22 47 30 39(L.G) Fax : 06 22 20 18 85
INPE : 004113928

1300

ORL
Diagnostic & Explorations

الأنف والأذن والحنجرة
الفحص والتخيص

EXPLORATIONS



code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن 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

NOTE D'HONORAIRES
NASOFIBROSCOPIE

Le11....2....23

Reçu la somme de

1000.00 (MILLE) DHS

De Mr, Melle, Mme

...Ennas R.N.G.S

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).



Casablanca le 11/02/2023

Casablanca, le

Enfant

INES MENNI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

**Compte rendu de
NASOFIBROSCOPIE**

Renseignements Cliniques

**sensation de gêne pharyngée
complément de l'examen de la cavité buccale**

Résultat de l'examen

méchage des fosses nasales, introduction du nasofibroscope souple par la narine gauche. L'examen montre les résultats suivants :

Base de langue et valéculles libres

Vestibule laryngé libre

**pas d'anomalie macroscopique et dans la dynamique des
Cordes vocales et du larynx
rhinorhee postérieure importante**

DR MOUFFAK



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

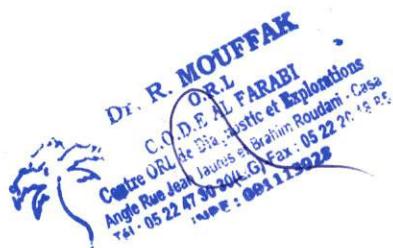
Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الشخص والتشخيص





2023.02.11 09:12