

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

M22- 0008700

Nature de l'adherent

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5565**

Actif

Pensionné(e)

Société : **162586 von B**

Nom & Prénom : **SABER NAJAH ELmed3ouh**

Date de naissance : **01/02/1956** Tanger

Adresse : **9, Rue Elmed3ouh, quartier de la gare, Casablanca**

Tél. : **06 72 14 1554** Total des frais engagés : **1.165** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **X**

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 : 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
25/5/23	U + K10	1	10000 NIS	 Dr. K. Roudan C.O.P. AL PARABI Diagnostic et Explorations Mahrain Roudan - Case 228 Fax: 05 22 28 18 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Mme M. A. Fournisseur Pharmacie Les Arenes 5, Rue Jalal E-ddine Sayout Quartier Radine Té. 05 22 36 28 24 - Casablanca	25/05/23	T = 169,70

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered on a vertical axis with a horizontal cross. Four directional markers are present: 'D' on the left horizontal axis, 'G' on the right, 'H' at the top center, and 'B' at the bottom center. The teeth are numbered sequentially from 1 to 16, with 1 at the top center and 16 at the bottom center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 21DH30 EXP 07/2025
LOT 22040 3

Betadine®
Polyvinyl Iodide
solution pour bain de bouche

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le

Casablanca, le

28/5/23
Dr. R. MOUFFAK
Centre ORL Diagnostic & Explorations
INPE: 00183719900069
N°: 22-301666
Date: 22-05-2023
Code: 00183719900069

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Madame

NADIA

SABER

DIFLUCAN 50
1 COMPRIMÉ PAR JOUR

148,40

BETADINE BAIN DE BOUCHE
3 fois par jour 10 jours

21,30

Mme ALLOUCHE Zouhaira Aggadis
Pharmacie Les Arenes
5, Rue Jalal Eddine Sayouti
Quartier Racine
Té: 0522 36 28 24 Casablanca

Dr. R. MOUFFAK
C.O.R.L.
Centre ORL
Diagnostic & Explorations
Casablanca

Pfizer **DIFLUCAN®**
50 mg FLUCONAZOLE
UT. AV.: 01 29 148 40
LOT N°: 0 P 47 013

P.P.V.:

09366032/5



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 : 00183719900069



EXPLORATIONS



ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتخيص



Casablanca, le

25/5/22

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

M

SABR

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E. O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30/LG/Fax : 05 22 20 18 85
IMPE : 091113928

Vestibule
Gène pharyngé

Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5% et l'introduction du fibroscope par la narine droite puis gauche, progression derrière le voile, vision panoramique du larynx.

Vestibule laryngé, fente glottique respectée.

Course des cordes vocales normale et symétrique.

Sinus piriforme libre.

Candidose laryngée.

Dr. R. MOUFFAK
C.O.D.E. O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30/LG/Fax : 05 22 20 18 85
IMPE : 091113928



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



الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص





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

Le 25/5/23

Reçu la somme de

..... 1000 (Mille) Dhs

De Mr, Melle, Mme

..... SABER Mehdia

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).


DR. R. MOUFFAK
C.C.D.E O.R.L
Centre ORL de Diagnostic & Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casab
Tel : 05 22 47 30 30 / 05 22 20 18 85
INP : 091113928