

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0058191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 003282 Société : RAM / 27024  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre :  
Nom & Prénom : BENJELLOUN Med WATIB  
Date de naissance : 10-06-1956  
Adresse : 09 Rue TAMR HOUICINE, CHSA  
Tél : 0663051714 Total des frais engagés : 1399,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09/08/2023  
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN takim Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection ORL  
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 : CHSA Le : 19/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/08/23        | C1 + 15           | 1000                  | 1000 DH                         |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur | Date   | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
|  | 9.8.23 | 391.80                |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |
|  |        |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

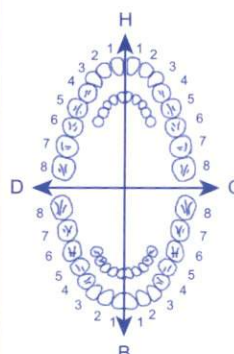
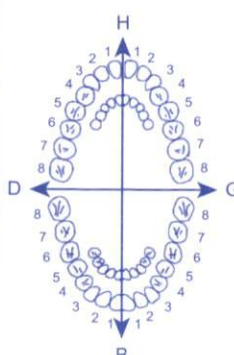
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins     | Coefficient                                  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|--|--|----------------------|--|--|----------------------|----------------------|---|--|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|   |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      | CCEFFICIENT 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> |                      | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | G |  | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  |
|  | H  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | G  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | D  | G                    |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | B  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      |  |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |  |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  |  |                      | 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 أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Mr Benjelloun  
Karim

Casablanca, le

09/08/2023

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mily Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 77

6900 x 2 = 13800

① Biovamic

4000

② Predni 20

89.50

③ Rhinolaya

3000

④ Sedalfie

19.30

⑤ Otrivin

7500

⑥ Nazair

leson

14/1/10  
34/jumatin en  
1 seule prise/j

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

4000

LOT: GA20262  
PER: 03/2024  
FPV: 75 DH 00

Cipla  
Etiquette

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

Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85

INPE : 091091439



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

ORL

Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

500 ملغ

BioVanic 500 mg  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

بيوفانيك

ليفوفلو كساسين

LOT: M0916  
PER: 12/2024  
PPV: 69,00DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

5

بيوفانيك

ليفوفلو كساسين  
5 أقراص مغلفة قابلة للكسر



500 ملغ

مضاد حيوي

Code : AC2 - 00183

500 ملغ

BioVanic 500 mg  
5 Coraprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول  
146-147 المنطقة الصناعية - نيطاميل - الدار البيضاء

بيوفانيل

ليفوفلو كساسين

LOT: M0963  
PER: 02/2025  
PPV: 69,00DH

مضاد حيوي  
عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

5

بيوفانيل

ليفوفلو كساسين  
5 أقراص مغلفة قابلة للكسر

500 ملغ

مضاد حيوي

Code : AC2 - 00183

LOT : 221092

EXP : 07/2024

PPV : 30,00DH

سيد الحسك

باراسيتامول / ترامادول كلورهيديرات

325 ملغ /

37,5 ملغ

عن طريق الفم

SEDALGIC®

20 Comprimés pelliculés



6 118000 083092

20 x 20

أقراص ملبسة



COOPER  
PHARMA

# Otrivine

1‰

Décongestionnant  
de la muqueuse  
nasale



## Nébuliseur

Solution 10 ml

gsk

LOT : M0806  
EXP : OCT 2025  
PPV : 19,30 DH



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



Cu

Pulsatilla  
pratensis  
**BIO**

100 ml

inebíos  
LABORATOIRES

ISO

100 ml e 175 3

ACL 454 736.2  
CN 172326.0

CE  
0459



3 700366 000108

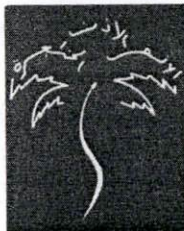
LOT



LOT: 20157  
PER: 02\2025  
PPC: 89.50DH







code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفارابي  
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 ... 09/08/20

Reçu la somme de

... 1000 DH

De Mr, Melle, Mme

... Benjelloun Karim

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10).

Dr. Abdelkrim LAMRANI  
C.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  
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091091439



AL FARABI

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

Casablanca, le

09/08/23

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

COMPTE RENDU

*[Signature]*  
Dr. Abdelkrim LAMRANI

*[Signature]*  
Dr. Abdelkrim LAMRANI

Compte rendu d'endoscopie :

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

*Sinuite bilatérale*



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

Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Explorations  
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès & Boulevard Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
INP : 091 191 12 30

ENT  
الأنف  
DIAGNOSTIC  
EXPLORATIONS

IMPLANT  
COCHLEAIRE  
OREILLE  
LARYNX  
THYROÏDE  
SANTÉ



ORE  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

