

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- 0024140

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8312 Société : 190045

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU FILALI Admane

Date de naissance : 20/07/1968

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2023

Nom et prénom du malade : LAHLOU FILALI Admane

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

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

22/11/23

2

300.00

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Pr. H. CHELLY
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.F. AL FARRABI Casablanca
Ain: Rue Jean Jaurès et Gratin Roussin - Casa
Tél: 05 22 25 20 20 - Fax: 05 22 20 18 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI - FASSI FIKRI
5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

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

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

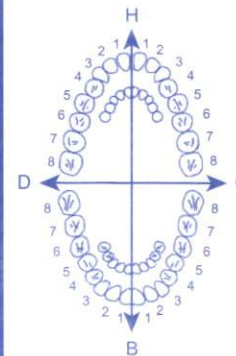
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

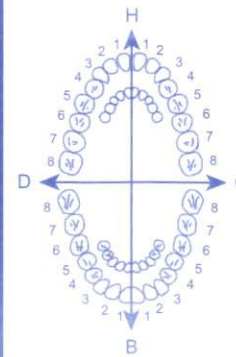
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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
Casablanca le

Casablanca, le

Monsieur ADNAN LAHLOU FILALI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

AUGMENTIN 1G
1 S *2 PAR JOUR PDT 7 JOURS

EFFIPRED20 mg
3cp le matin pdt 6 jours

AEROMAX doses nasales
1 pulvérisation matin et soir pendant 2 mois

XYZALL
1CP PAR JOUR PDT 1 MOIS



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

cliniquespecialiseelfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Pr. H. CHELLY
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
IND : 051040949

PHARMACIE RIHAB
EL MELIANI FASSI FIHRI
5, Rue Codi Bokor - Casablanca
Tél: 05 22 25 46 85

الاذن
DIAGNOSTIC
EXPLORATIONS



ORL
Diagnostic & Explorations

الاذن الأنف والحنجرة
التشخيص

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g^{/125 mg}

sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PEU: 126,30 DH
LOT: 649744
PER: 03/24



FORMULE UNITAIRE:

PREDNISOLONE 20 mg
(sous forme de méthasulfobenzoate
sodique)

Excipient a.s.p. 1 comprimé
effervescent

Cette boîte contient 400 mg de
prednisolone

Tube à conserver bien fermé à
l'abri de la chaleur et de l'humidité

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES
ENFANTS**

POSOLOGIE:

Se conformer à la prescription du
médecin.

**INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
- PRECAUTIONS D'EMPLOI:**

Voir notice.

يحفظ الأنبوب مغلقاً بمعزل
عن الحرارة والرطوبة

AMM N° 07DMP/21

لا تتجاوز الجرعات المحددة
NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

EFFIPRED®

Prednisolone

20 mg



20
Comprimés
effervescents

LAPROPHAN