

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

W21-834973

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13246

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IBARRITANE EL MUSTAFA

Date de naissance : 28-08-1989

Adresse : C23 Rayali 02 Beneslid

Tél. : 0668123777

Total des frais engagés : 1360,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/24

Nom et prénom du malade : IBARRITANE INES

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 : Casablanca

Le : 05/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 Règlement des Actes
25/01/24	C3		3000	
25/01/24	K10		4000	
29/01/24	VALCC CPA		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/24	309,50
	31/01/24	50,20

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

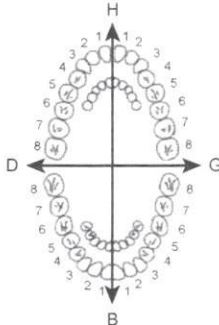
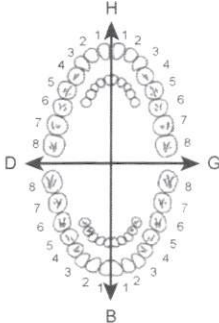
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D —————              00000000              35533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G —————              00000000              11433553              B           </div> </div>				<input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pr. CHELLY**  
Prise de RDV au  
07.71.29.29.29

**code**

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS  
Casablanca le 25/01/2024

Casablanca, le .....

Enfant

INES

IBARRITANE

**EFFIPRED® 5 mg**

PPU 23DH00  
EXP 08/2026  
LOT 34037 S

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

**AUGMENTIN doses enfants**

1 dose-17 matin, midi et soir pendant 10 jours

**EFFIPRED 5 mg**

3 cp au petit déjeuner par jour pendant 10 jours

**ULTRA LEVURE**

1 sachet à diluer dans de l'eau ou direct  
à boire après chaque repas pendant 10 jours

**SOUFRANE**

3 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour

**HUMER Douches nasales**

1 lavage deux fois par jour pendant 10j

Lot : 7603  
مجموعة :  
Fab : 05/23  
صنع :  
EXP : 05/26  
صالح لغاية :  
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

Lot : 7602  
مجموعة :  
Fab : 05/23  
صنع :  
EXP : 05/26  
صالح لغاية :  
BIOCODEX MAROC PPV 38.10 DH

16,30

**Professeur H. CHELLY**

**Pr. H. CHELLY**

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

PHARMACIE LAYAL  
alla Santa CHABBOU  
Docteur en Pharmacie  
LAYAL 2 17 88 Berrechid  
TEL: 05-22-32-42-30



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

الأذن والأنف والحنجرة  
DIAGNOSTIC  
EXPLORATIONS

IMPLANT  
COCHLEAIRE

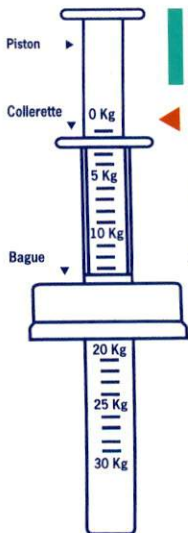
**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## enfant

### 1 dose-graduation n° .....

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 64,80 DH  
LOT: 652506  
PER: 06/2025

Liste I. Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

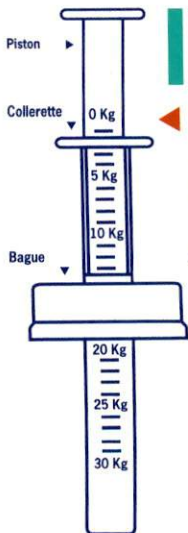
GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## enfant

### 1 dose-graduation n° .....

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 64,80 DH  
LOT: 652506  
PER: 06/2025

Liste I. Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

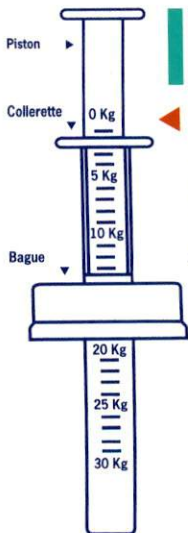
GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



## enfant

### 1 dose-graduation n° .....

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 64,80 DH  
LOT: 652506  
PER: 06/2025

Liste I. Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

Enfant... E. BARRITANE... Ines

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur AgrégéDr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur AgrégéDr. Mohamed BENNIS  
Allergologue**ALFATIL 250mg**

1 C à M matin, midi et soir pendant 7 jours

**DOLIPRANE SUP enfant**

1 Suppo matin et soir pendant 4 jours

**AMYLASE SIROP**

1 c m 3 fois par jour pendant 6 jours

**SOUFRANE**

2 gouttes 3 fois par jour pendant 6 jours

**REGIME ALIMENTAIRE ++****INTERDITS ALIMENTAIRES :**

- 1- Aliments chauds, couscous
- 2- Boissons gazeuses
- 3- Aliments secs (pain, biscottes....)
- 4- Aliments acides (jus d'orange, tomates...)

**BAIN MAURE INTERDIT**

**REGIME A SUIVRE POUR TOUTE LA DUREE de la convalescence.**  
**Reprise de l'alimentation normale après avis du médecin traitant.**

Rendez vous dans 10 jours en consultation  
(Veuillez prendre rendez-vous)



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

Professeur H. CHELLY

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  
INPE : 091040949

**code**

**AL FARABI**

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفرابي**  
**CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

**NOTE D'HONORAIRES**  
**IMPENDANCEMETRIE**

Le ..... 25/01/2024

Reçu la somme de **400 (QUATRE CENTS) DHS**

De Mr, Melle, Mme ..... **S. BARRI TANE INES**

Pour impédancemetrie ( K10).

**Dr. H. CHELLY**  
**O.R.L**  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
**C.O.D.E AL FARABI Casablanca**  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INDE : 091046944

code

AL FARABI

A+I

مركز فحص وتشخيص امراض الالتهاب والحنجرة القرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

IBARRITANG INCY

Le

25/01/2024

Renseignements cliniques :

OSMA 2

Pour  $\pi$  AUDIOGRAMME TONAL

$\pi$  IMPEDANCEMETRIE

$\pi$  P E A+ ASSR

$\pi$  VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

$\pi$  MANŒUVRES POSITIONNELLES

$\pi$  VHIT

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
CODE AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casa  
Tél : 022 47 20 20 - Fax : 022 20 18 85

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفارابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES  
Consultation Pré Anesthésique

Le 29/08/94.....

Reçu la somme de **300 (Trois cents) DHS**

De Mr, Melle, Mme IBARRITANE INGÈS

Pour consultation pré anesthésique (C2).

Dr. R. Mehdi Berrada  
Réanimation  
Contrat de Diagnostic et Exploitation  
C.O.D.E. Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani  
Tél : 05 22 47 30 30 (L.G.) - Casablanca