

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

M23-001851

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAYDOUR KAMAL
 Date de naissance : 18/07/61
 Adresse : Quartier des Hôpitaux Angle Sebta et
 Provence Im 29 Ap. 11 Casablanca
 Tél. : 0661339612 Total des frais engagés : 1963 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SAHAT Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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

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
2/3/2014		2	300,00	
11/3/2014		1	163,60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/03/2014

163,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Dr Salah Eddine DRHIMER
Dr Latifa MAHFOUD
Dr Dries EL HASSANI
23, Rue Sebta
Quartier des Hôpitaux
Casablanca

04/03/2014 TDM

1500,00

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 :

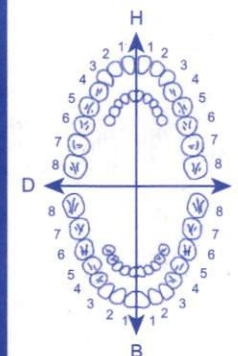
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

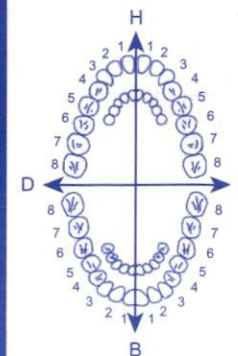
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
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 أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Dr. SAMINA
D Lim

Casablanca, le 4/3/14

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

6450

① Biovamic (S.V)

1cpl/10f

② Predmizol (S.V)
3cpl/matin
en 11 seule prise/6s

4000

③ Rhinolay 4 Fort

5910

④

Zyrtec (S.V)

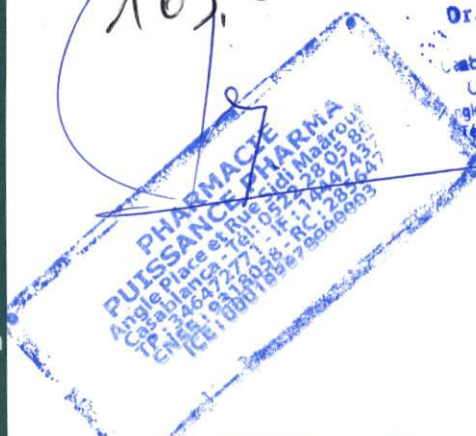
3pl/

1cpl/6200

163,60

LOT N°:
UT. AV:
PPV (DH):
40,00

Dr. Abdelkrim LAMRANI
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Cas.
Tél : 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
cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069





59,10

زيرتيك 10 ملغ
ثنائي كلور هيدرات السيتريزين



15 قرصا ملبسا قابلا للكسر

Zyrtec® 10 mg

AMM N° 60/19/DMP/21/NRQDNM

Zyrtec® 10 mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

500 ملغ

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

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

بيوفانيك

ليفوفلو كساسين

LOT : M1165
PER : 09/2025
PPV : 64,50 DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

5

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 04/03/2024

Facture N° 722/2024

Nom patient : DLIMI SAMIHA

Examen(s) réalisé(s) :
SCANNER DE LA FACE:

Montant : 1500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS
REGLEMENT : ESPECES



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423



IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

Casablanca, le 04/03/2024

Dr. LAMRANI Abdelkrim

Chirurgien ORL

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patiente, **DLIMI SAMIHA**

TDM DE LA FACE

Technique :

Acquisition hélicoïdale sans injection.

Reconstructions MPR.

Résultat :

Comblement du sinus frontal , quelques cellules ethmoïdales antérieures et des sinus maxillaires.

Discret épaissement muqueux du sinus sphénoïdal gauche.

Déviation de la cloison nasale.

Perméabilité ostio-méatale bilatérale.

Absence de variante anatomique à risque.

Absence d'anomalie des globes oculaires et des nerfs optiques.

Aspect normal du cavum.

Absence de lésion osseuse lytique ou condensante suspect

Conclusion :

Aspect TDM en faveur d'une pansinusite.



code

AL FARABI

RADIO

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

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA

TEL : 0522 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme *Delimi Samira*

Le *02/03/24*

Age :

Renseignements cliniques :

epistaxis

ASTC D Sinusite maxillaire

Nécessite la radiographie suivante :

- ☐ Rx POUMON
- ☐ Rx PANORAMIQUE
- ☐ BLONDEAU SCANNER
- ☐ I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- ☐ Rx COLONNE CERVICALE (Face/Profil)
- ☐ ECHOGRAPHIE
- ☒ T. D. M. *False*



Dr. Abdelkrim LAMRANI
Centre d'Explorations et de Diagnostic
O.R.L.
Angle Rue Jean Jaurès
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091091439