

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10244	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EC Aroussi chentoufti ASmee
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		06 76670747	Total des frais engagés : 89418 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. H. Chelly C.O.D.E.A. FARABI Diagnostic et Explorations Angle Rue Jean Jaures et Brahim Roudani Tél. 05 22 45 39 24 - Fax : 05 22 45 39 24 INPE - Casablanca			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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	Reçu et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/9/15	HS C + B20		500\$	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant à la facture
 <p>Pharmacie Al Malha Bd. Zekria Hay Addaman Doha - Qatar Tel/Fax: 0522 23 88</p>	08/09/19	394,80

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

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

Casablanca le

Casablanca, le

8/9/13

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

Madame

Asmaa ELAROUSSI

222,00

**AUGMENTIN 1g**

1 sachet matin et soir pendant 10 jours

42,00

**PREDNI 20 mg**

3 cp le matin au petit déjeuner pendant

38,10

**ULTRA-LEVURE 250 Sachets**

2 sachets matin et soir pendant 10 jours  
à boire sans eau directement dans la bouche

52,80

**OEDES 20 mg**

1 cp le matin pendant 10 j

39,90

**EXOMUC Sachets**

1 sachet matin midi et soir pendant 8 jours

**OTRIVINE 1%<sup>oo</sup>**

2 gouttes matin et soir pendant 6 jours

394,80

Professeur H. CHELLY

Pr. H. CHELLY  
O.R.L.  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Ang. Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

Pharmacie Cité Addarani  
Dr. Maha HACHA  
Bd. Dakria Hay Inara L'incident  
Addarana Doha - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 21 34 99

Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca  
Tél. 0522 88 01 01  
0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأنف والحنجرة  
الفحص والتحسي



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي  
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

Le ..... 8/09/08

Reçu la somme de

500 / mille cinq cents

De Mr, Melle, Mme

EL AROUSH

Pour consultation ORL (C2) + (K0) pour microaspiration pour

Pr. H. CHOUCHI bouchon de cérumen

Pr. H. CHOUCHI  
O.R.L  
Centre ORL 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