

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° P19- 0042096

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23879**

Matricule : **10110** Société : **05 MARS 2020**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **TRADY** **FADOUA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. R. MOUFFAK**

Date de consultation : **12/08/2020**

Nom et prénom du malade : **TRADY** **FADOUA**

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

Nature de la maladie : **Affective ORL**

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) :

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/02/2020	C2 + 1/2		8000DH	 Dr. H. Moudou C.O.D.E.S. 331 000 000 Centre ONI, Le Dindaneh 331 000 000 Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard : 05 22 41 53 53 - 01 67 11 11 11 INDE : 091113928

S
ch et signature du Médecin
estant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ALALI Naoual 319 08 27 67 03 TEL: 08 27 67 03 fax: 08 27 67 03 ABLA Youssef EL ALALI Naoual	18/02/2020	520,20

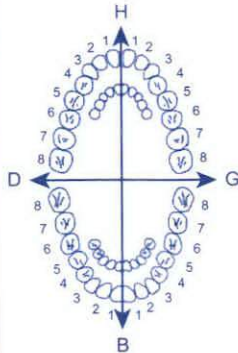
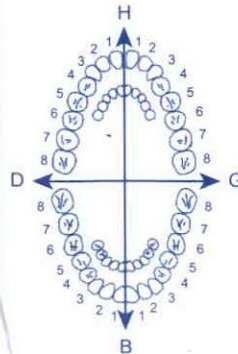
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux														
				Montants des Soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins														
				Date du devis														
			Date de l'exécution															

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 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">00000000 35533411</td> <td style="width: 50%;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000									
	D	G									
	00000000 35533411	00000000 11433553									
	B										
MONTANTS DES SOINS											
DATE DU DEVIS											
DATE DE L'EXECUTION											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 125,00 DH
ID : 634040
6 118001 140328

code

AL FARABI

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

Casablanca le 18/02/2020

Casablanca, le

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Madame

FADOUA TRADY

136.20
NASONEX 120

2 pulvérisations dans chaque narine matin et soir

12500
FLIXOTIDE 125

2 fois par jour pdt 15 jours
(Bien se rincer la bouche après usage)

120,70
AERIUS

1 comprimé par jour le soir pendant 15 jours

58,40
SOLUPRED 20 mg

2 comprimés le matin pendant 6 jours

79,90
FITOPOLIS SIROP ADULTE

1 CAS * 3 PAR JOUR PDT 7-JOURS

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual

58,40
Solupred® 20mg

Contenu net: 150 ml

ot:
A consommer
de préférence avant le: 191122
11-2022
PPC: 79,50 DH

30 comprimés
pelliculés

MSD

LOT: 066
PER: SEP 2020
PPV: 120 DH 70

30 أقراص
ملبسة

code@marubi@gmail.com
IF : 14478582
ICE : 001837199000069

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
Centre O.R.L. de Diagnostic et d'Explorations
Centre Rue Jean Laune et Bachim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 30 30 (L-G) Fax: 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI Naoual

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

code

AL FARABI

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

Casablanca, le 18/09/2020

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

Mme Trady Fadoua

Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne
naphtazolinée à 5%, l'introduction du fibroscope par
les narines et la progression du fibroscope, l'examen
montre *Inflammatoire des CV*



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

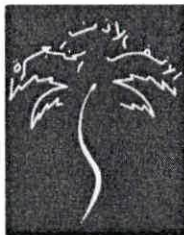
IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.E AL FARABI
Centre O.R.L de Diagnostic & Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 30 30 (L.G) - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091173018

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
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 18/02/2020

Reçu la somme de

800 (HUIT CENTS) DHS

De Mr, Melle, Mme

T. Fadoua

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C2 + K10).

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
C.O.D.E. AL FARABI
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 05 22 47 20 20 / 30 30 / 05 22 20 18 85
INPE : 091113928