

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° M21- 066966

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5940 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENGHFI Abde Lkrim

Date de naissance : 06/09/1964

Adresse : RES ATTADAMOUN RUE N°2 IM 480 EL ANASSER

Tél : 05 22 49 90 24 Total des frais engagés : 598,2 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2014

Nom et prénom du malade : Benghfi Abdelkrim

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

Nature de la maladie : Affection de RC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

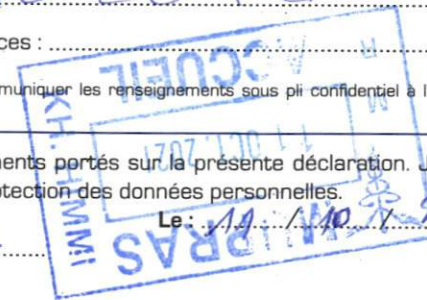
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/10/2014

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6124 C-115		4000H	Dr. Abdelkrim Centre ORL de Diagnostic C.O.D.E.A.I. P.212/213 N°1 : 05 22 41 11 11 INPE : 091091451

du Pharmacie Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Salam Boulevard de l'Indépendance N° 1511 Tél: 69 57 72 - 69 57 73	02.10.2021	 Pharmacie Salam Bd. Quin P. B. Mag. Tél: 69 57 72 - 69 57 73 198,20

[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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

PER 14 DH
 PER 08 /
 LOT K20
 14,60

ELUDRIL
 SOLUTION 90 ML
 P.P.V : 17DH70
 LOT: 21E008
 PER: 02 2024

 6 118000 01054

ROMAMYCINE 3MU
 CP PEL B16
 P.P.V : 123DH90
 LOT: 19E001
 PER: 10 2022

 6 118000 060

UT. AV: 42,00
 P.P.V (DH):
 COEFFICIENT DES TRAVAUX

PREDNI'20mg
 20 comprimés effervescent

 6 118000 08

DATE DU DEVIS
 DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 1 4 D H 6 0
P E R 0 8 / 2 4
L O T K 2 0 5 9

1460

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70
6 118006 010548

LOT: 19E001
 PER: 10-07-22
 REMAMYCINE 3MU
 CP PEL B16
 P.P.V.: 123DH90
 6 118000 060277

LOT N°:
UT. AV: 4200
PPV (DH):



٤٤- مدة صباح زوال ماء

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن 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

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

Pour consultation ORL (C2) + (K 5) pour microaspiration pour
bouchon de cérumen

Le

08/10/21

Dr. Melkrim LAHRANI
Centre ORL Diagnostique 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 : 091091439

Dr. Abdelkrim LAHRANI
Centre ORL Diagnostique 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 : 091091439

code

AL FARABI

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

Dr. Benghty
Abdelhak

Casablanca, le 02.10.2021

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

42, n

① Predni 20

34/1 Amatin essandi
Bouss/6

1239, n

② Rova 5

142/11/8

17, n

③ Eludril en
Bains de Bouche

④ Doliprane 3/1

143/1/1 enca de 20/20



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

Dr. Abdelkrim LAMRANI
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
C.O.D.E.A.L. F.A.R.A.B.I. Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 0522 47 20 20 - Fax : 0522 20 18 85
INPE : 091091499

1440

