

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.

Biologie 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

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- 065996

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01826 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMINE NAÏMA

Date de naissance : 28/08/51

Adresse : 130 Bd Zerkouni CASA

Tél. : 0662366082 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : M /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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) :

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
11.8.20	curio	500		Dr. R. MOUFFAK Centre ORL de Diagnostic et Explorations Angle Rue Jean Jaurès et Ibrahim Roumani - Cas Tél : 06 22 47 30 30 / Fax : 06 22 20 10 95 INPE 061113928

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/2020	344,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/08/2020	Blendean	800 p/s

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 امراض الانف والحنجرة الفراجي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 11/08/2020

Casablanca, le

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 01/2023
LOT 9ND17 7

Madame

NAIMA

AMINE

6180
AERIUS

1 cp par jour le soir pdt 15 jours

5840
EFFIPRED20 mg

2 cp le matin pdt 6 jours

1580
OTRIVINE 1/00

3 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour pendant 8 jours

TAVANIC 500

1 comprimé par jour pendant 7 jours

Dr. M. Amine HESSISSEN

008000 100833
TAVANIC 500mg, cp pel b
P.P.V. : 205,00 DH
Afr Sobas Casablanca
Rue de Rabat - R.P.1
Santé-aventis Maroc



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.
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 30 30 (L.G.) Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

Dr. R. MOUFFAK
O.R.L.
Centre O.R.L. Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 30 30 (L.G.) Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091113928

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

150

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

AMINE NAIMA

Le

11/08/20

Age :

Renseignements cliniques :

Rhinite allergique

Nécessite la radiographie suivante :

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

Dr. R. MOUFFAK
 C.O.D. O.R.L.
 Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
 Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
 Tel : 05 22 47 30 20 / 47 30 30 G.Fax : 05 22 20 18 85
 11/08/20

ccde

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة القرايبي
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 11/8/20

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

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

Dr. R. MOUFRAK
C.C.D.E. AL FARABI
Centre O.R.L. Diagnostic & Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tel : 06 22 47 30 30 / 47 30 30 Fax : 06 22 20 18 85
INPE : 09113928

**Dr . BENNOUNA Mohmed Fouad**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 11/08/2020

FACTURE

N° 1798/20

MME AMINE NAIMA

EXAMEN	MONTANT
BLONDEAU SCANNER	800 DHS

Dr . BENNOUNA Mohmed Fouad

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, Energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 11/08/2020

MEDECIN TRAITANT : DR. MOUFFAK
NOM & PRENOM : MME AMINE NAIMA
EXAMEN : BLONDEAU SCANNER

TECHNIQUE :

Hélice de 3 mm d'épaisseur au niveau de la face, avec reconstructions en 3 D.

RESULTATS

- Comblement de l'hypodensité aérique du sinus maxillaire gauche.
- Epaississement muqueux du plancher du sinus maxillaire droit.
- Discret épaississement muqueux du plancher du sinus sphénoïdal gauche.
- Comblement du recessus frontal gauche et de quelques cellules ethmoïdales antérieures et postérieures gauches.
- Agénésie du sinus frontal gauche.
- Légère déviation de la cloison nasale vers la droite.
- Le cavum est libre.
- Présence de corps étrangers linéaires de densité métallique en regard du maxillaire supérieur.
- Doute sur une dent sinusienne maxillaire gauche (intérêt d'une TDM des sinus).