

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Éducation :

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.

N° P19- 059121

ND 39637

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6089

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : THIYFA Kamal

Date de naissance : 01.01.88

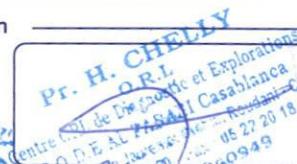
Adresse :

Tél. : 0681138989

Total des frais engagés : 1182,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : Bener Mettah Fatima

Agen 11 SEP. 2020

Pr. H. CHELLY

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Alléctosa

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

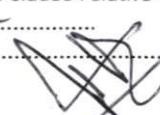
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/09/16        | L C21 S10         |                       | 600 N                           | <br>Dr. H. CHELLY<br>Centre ORL de Casablanca et Explorations<br>C.A.O.E AL ZAFAR<br>Rue Hassan II - Casablanca - Maroc<br>05 22 20 18 05<br>05 10 40 949 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date            | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| <i>Pharmacie Mme SABATIER</i><br><i>60, BIS Bd Malesherbes</i><br><i>95210 Sarcelles</i> | <i>02/09/20</i> | <i>582,70</i>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins                                       | Coefficient |                        |
|------------------------------|---|--|-------------|------------------------|
|                              |   |  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|                              |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION      |
|                              |   |  |             | FIN D'EXECUTION        |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             |                        |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|                              |   |  |             | DATE DU DEVIS          |

Casablanca le 08/09/2

Casablanca

LOT : 200272  
UT AV : 02/2023  
PPV : 84,000 DH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Aggrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Aggrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

Madame

FATIMA

BENNANI

Casablanca

H. CHELLY  
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

LOT : 200271  
UT AV : 02/2023  
PPV : 84,000 DH

~~261,00~~ + 2  
**ALER-Z 10 mg**

1 cp le soir pendant 2 mois

~~191,50~~  
**OTRIVINE 1/00**

2 gouttes dans chaque narine 2 fois par jour pdt 6 jou

~~75,00~~  
**NAZAIR doses nasales**

1 pulvérisation le soir pendant 2 mois

- La main droite pulvérise la narine gauche et vice-versa

- Tête légèrement penchée en avant à mettre 15 minutes après Otrivine

~~39,90~~  
**EXOMUC Sachets**

1 sachet matin midi et soir pendant 10 jours

~~OTIDE 250 mg~~

érisation matin et soir pendant 1 mois  
(se rincer la bouche après usage)

**SCON sirop**

5 minutes après chaque repas  
n au coucher pendant 21 jours

~~UM 20 mg~~

matin pendant 15 jours

3079955

~~582,70~~

Pr. H. CHELLY

ORL  
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

LOT : M0614  
EXP : FEV 2022  
PPV : 19,30 DH

LOT: GA90840  
PER: 07/2021  
PPV: 75 DH 00

LOT : 20002  
PER : MAR 22  
PPV : 39 DH 90

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 150,00 DH  
ID : 630268  
Barcode: 6 118001 140336

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir benou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015DMP/21/NRQ PP.V : 82,10 DH  
Barcode: 6 118001 020591

لا يترك حبة في متناول الأطفال.  
 يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.  
 لا يجب الحفاظ على الفارغ لمدة تزيد عن 6 أشهر.  
 Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
 Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 40 DH 40

BN 009481  
DOM 04/2020  
EXP 04/2022

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069



SOH

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الشخص والتشخيص

IC60



Casablanca, le

08/09/2020

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

### COMPTE RENDU

Jme BENMANSI NETTAH F/2

- Osseux - nasell
- Céphalées

#### Compte rendu d'endoscopie :

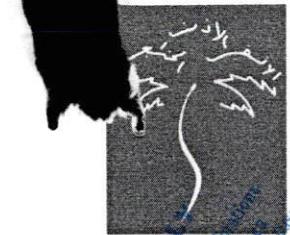
Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5%, l'introduction du fibroscopie par les narines et la progression du fibroscopie, l'examen montre un jetage postérieur, corps étrangers mobiles. reflux gastro oesophagien

Pr. H. CHELLY  
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



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  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

Pr. H. CHELLY  
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



code  
AL FARABI

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

P.F. H. CHELLY  
Centre ORL & Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL TASAWI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, CS 09100  
Tel : 05 22 47 20 30 - 05 22 20 18 85  
INPE : 09 10 0 0 9 4 9



Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 /30 30 FAX :022 20 18 85

## NOTE D'HONORAIRES NASOFIBROSCOPIE

Le ..... 08/09/2020

Reçu la somme de

..... 60.00 .....

De Mr, Melle, Mme

Bernard Nette

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C2 + K10).

P.F. H. CHELLY  
Centre ORL & Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL TASAWI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, CS 09100  
Tel : 05 22 47 20 30 - 05 22 20 18 85  
INPE : 09 10 0 0 9 4 9