

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.

Prothèse :

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- 052459

N° 45791

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARRAKOUH Saida

Date de naissance : 20/04/1966

Adresse : Hay Fath 5 N° 29 Cas

Tél. : 0707773098 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : HAÏDY NOUAD Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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	Nombres des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<p>Dr. R. MOURBA</p> <p>Centre O.R.L. et Diagnostic et Traitement des Maladies de l'Appareil Respiratoire et de l'Appareil de la Voix</p> <p>1, Rue Jean Jaurès - 20 000 Assemblée</p> <p>Tel : 05 22 47 30 30 (L.G.) Fax : 05 22 47 30 30</p> <p>CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI</p> <p>Oto Rhino Laryngologie</p> <p>Chirurgie Cervico faciale</p> <p>1, Rue Jean Jaurès - 20 000 Assemblée</p> <p>Tel : 05 22 47 30 30 (L.G.) Fax : 05 22 47 30 30</p>				
<p>Montants des Soins</p> <p>22 431,00</p>				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2020 / 11 / 03 هـ

سلام تام بوجود مولانا الإمام .

أنا الموقعة أسفل السيدة درقاوي سعيده .

أشهد وأقر أن ابني المسمى حادي معاذ

قد تحرفا لحادث سير نقلته على اثرها لمستشفى

ابن رشد ثم مستشفى 20 غشت وأخيرا مصحة

الفارابي واليكم كل التقارير والله على ما أقول شهيد

ووفقكم الله وأعانكم في كل عمل

وشكرا

والدة معاذ حادي



CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

ORL & CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
7, RUE JEAN JAURES - CASABLANCA
Tél : 0522473030 - Fax : 0522201885

F A C T U R E

N° 1 188 / 2020 du 07/10/2020

Nom patient	HAIDY MOUAD	Entrée 02/10/2020	Sortie 07/10/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE	5,00		800,00	4 000,00
AMI	5,00		150,00	750,00
BLOC	1,00		3 750,00	3 750,00
PANSEMENTS	6,00		300,00	1 800,00
LES PLAQUES	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	11 500,00
PHARMACIE	1,00		1 613,00	1 613,00
			Sous-Total	1 613,00
Total Frais Clinique				13 113,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MOUFFAK MOHAMED REDA (orl)	1,00		4 500,00	4 500,00
DR. MEKKI BERRADA RAC (anesthesie-reani)	1,00		1 800,00	1 800,00
DR. MOUFFAK MOHAMED REDA (orl)	5,00	2C2	600,00	3 000,00
			Sous-Total	9 300,00
Total prestations externes				9 300,00

	Total général 22 413,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : VINGT-DEUX MILLE QUATRE CENT TREIZE DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	22 413,00				22 413,00	0,00

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI
Orl Rhino Laryngologie
Chirurgie Cervicofaciale
7, Rue Jean Jaures - 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 47 30 30 (R-G) / 20 20
Fax : 05 22 20 18 85

EXONERATION TVA / Patente : 35508566

IE : 01085330 / N° CNSS : 1235440 / ICE: 00154471000021 / RIB:007780000120300000049726

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

13/10/2020

10:37

Nom Patient : HAIDY MOUAD

Numéro dossier : 201007095102SI-

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
07/10/2020	INTRANULE 18G VYGON VERT (100)	0	3,00	5,00	15,00
07/10/2020	PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)	0	3,00	7,00	21,00
07/10/2020	AUGMENTIN 1G/200 IV INJECTA (01)	0	11,00	48,00	528,00
07/10/2020	HYDROCORTISONE 10 mg INJECTA (10)	0	6,00	20,00	120,00
07/10/2020	PERFALGAN 1 g INJECTA (12)	0	4,00	20,00	80,00
07/10/2020	OEDES 40MG/100ML INJECTA (01)	0	6,00	95,00	570,00
07/10/2020	SERINGUE 20CC (050)	0	11,00	3,00	33,00
07/10/2020	SERINGUE 10CC RR (100)	0	15,00	2,00	30,00
07/10/2020	SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)	0	10,00	15,00	150,00
07/10/2020	SERUM G5 100ML INJECTA (50)	0	6,00	11,00	66,00
Total pharmacie					1 613,00

 CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI
Oto Rhino Laryngologie
Chirurgie Cervicofaciale
7, Rue Jean Jaurès 20 000 Casablanca
Tel : 05 22 47 30 30
Fax : 0522 20 13 15

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/10/2020 Références 1 188 / 2010070959010010
 PAYANT
 Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 07/10/2020

Le Dr. **MOUFFAK MOHAMED REDA**

présente à Mr **HAIDY MOUAD**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
4 500,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. R. MOUFFAK
 C.O.D.E. AL FARABI
 Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
 Angle Rue Jean Jaurès - Casa 20000
 Tél : 05 22 47 20 20 / 05 22 26 92 89
 Fax : 05 22 20 18 85
 Cachet et signature

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/10/2020 Références 1 188 / 201007100020010011
 PAYANT
 Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 07/10/2020

Le Dr. **MEKKI BERRADA RACHID**

présente à Mr **HAIDY MOUAD**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 800,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI
Dr. R. MEKKI BERRADA
 Réanimation
 7 Rue Jean Jaurès - Casa 20000
 Tél : 05 22 26 92 89 / 26 93 01
 Fax : 05 22 20 18 85
 Cachet et signature

CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/10/2020 Références 1 188 / 201007100120010012
 PAYANT
 Entrée / Sortie : 02/10/2020 - 07/10/2020

Le Dr. **MOUFFAK MOHAMED REDA**

présente à Mr **HAIDY MOUAD**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
3 000,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. R. MOUFFAK
 C.O.D.E. AL FARABI
 Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations
 Angle Rue Jean Jaurès - Casa 20000
 Tél : 05 22 47 20 20 / 05 22 26 92 89
 Fax : 05 22 20 18 85
 Cachet et signature



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

المركز التخصصي للفحوصات



Centre D'Implantation
Cochléaire

O. R. L.

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

ANESTHESIE - REANIMATION

Dr. Rachid MEKKI-BERRADA

ALLERGOLOGIE

Dr. Mohamed BENNIS

CASABLANCA, LE 12/10/2020

COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM DU PATIENT	: HAIDY MOUAD
NOM DU MEDECIN	: DR MOUFFAK
NOM DE L'ANESTHESISTE	: DR MEKKI BERRADA
DATE DE L'INTERVENTION	: 02/10/2020

Reçu dans notre unité pour traumatisme facial avec plaies de la face, fractures du plancher de l'orbite et de la paroi antérieure du maxillaire droit.

INTERVENTION :

- Anesthésie générale
- Réduction orthopédique de la fracture
- Mise en place d'une micro plaque à 2 vices
- Parage facial ainsi que les membres supérieurs et inférieurs.

DR. R. MOUFFAK
C.O.D.E O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
Angle Rue Jean Jaurès et Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 20 18 55
Fax : 05 22 20 18 55
INPE : 091113928

7, Rue Jean Jaurès
20 000 CASABLANCA
Tél.0522 88 01 01 /
47 20 20 / 47 30 30 / 47 32 32
Fax : 0522 20 18 85
E-mail : al-farabi@menara.ma
IF : 01085330
ICE : 00154471000021