

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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° W19-581731

50 MA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	13 4115	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL FELLAH Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 22 12 18 11 Total des frais engagés : 2 010 Dhs Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/12/2019			
Nom et prénom du malade : C.I. R.B. 80			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affectation			
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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	210,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

PPV : 210,00 DH

Casablanca, le

21.11.2020

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

Vignette de l'Institut el fellah.
Prix : 200 Dhs

1 j bonis à 2 m

A.S

M. BENNIS
ALAINI MEDICALS
AL FARABI



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
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



Casablanca, le

26/10/2020

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

M. N. EL FEULAH Djaloud

Dr. Med. A. HESSISSEN
Centre ORL de Diagnostique et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 47 30 30
INPE : 05 10 35 75 3

- Obstruction nasale

Compte rendu d'endoscopie :

Après méchage des fosses nasales à la xylocaïne naphtazolinée à 5% , l'introduction du fibroscope par la narine droite et la progression du fibroscope, l'examen montre une déviation septale



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

ORL
Diagnostic & Explorations

الأنف الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

Casablanca le 26/10/2020

Casablanca, le

Monsieur MAHMOUD EL FELLAH

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

STERIMAR

lavage du nez 3-4 fois par jour

RISONEL

2 PULV LES SOIRS PDT 3 MOIS

Signé : Professeur HESSISSEN M A



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

LC80



code
AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفارابي
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



Centre ORL
C.O.D.E.A.L.
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

NOTE D'HONORAIRES
NASOFIBROSCOPIE

Le 26/10/2020

Reçu la somme de

800 (HUIT CENTS) DHS

De Mr, Melle, Mme

..... Al Fellah M. A. H. M. (Signature)

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (C3 + K10)

Centre ORL
C.O.D.E.A.L.
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casablanca
Tel : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

CLINIQUE SPECIALISEE EL FARABI

7, Rue Jean Jaurès, CASABLANCA
TEL : 0522 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

COMPTE RENDU

M., Mlle, Mme MAHMOUD EL FELLAH

Né(e) le : 16/03/1994

A subi par nos soins le : 26/10/2020

Un bilan allergologique (Prick Test) cotant 3K15 pour : RHINITE

RESULTATS :

Témoin négatif		Dpteronyxinus	+++	5 Graminées	Alternaria	Oeuf
Témoin positif	++	Dfarinae	+++	4 céréales	Aspérillus	B Oeuf
Plumes		Blomia	+++	Olivier	Cladosparium	J Oeuf
Chat		Euroglyphus		Cyprès	Pénicillium	Cacahuète
Chien		Blatte		Paieétaire		Cacao
Cheval		Latex		Dactyle		

Observations : ALLERGIE AUX ACARIENS.

DR M.BENNIS

M.BENNIS
ALLERGIES
CLINIQUE EL FARABI

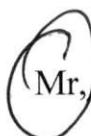
Centre ORL de Diagnostic et d'Exploration
C.O.D.E AL FARABI

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

ALLERGO

Département des explorations fonctionnelles respiratoires ORL

LE



Mr, Melle, Mme, Enft

El Fouath... Nahmoud

Renseignements cliniques :

Asthma + Deviation septale Dc

Pour bilan allergologique



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفراهي
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 26.11.2020

Reçu de Mr, Melle, Mme El fellah Nahed

La somme de 800.000.000.000.000

Pour bilan allergologique 3K15

DR M. BENNIS