

## 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 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-780313

146024



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8562	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM			
Date de naissance : 09/02/1971			
Adresse : RESIDENCE LES 3 GOLFS - VILLA 13- VILLE VERTE BOUSKOURA			
Tél. : 0663709512		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Dr. BELQAIDI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél. : 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67	Date de consultation : 05 JAN 2023
	Nom et prénom du malade : AYADINA REHABEEL	Age : 09/02/71
	Lien de parenté : Lui-même	Conjoint
	Nature de la maladie : ATTECTION O.R.L	Enfant
	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.	

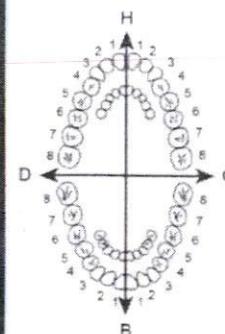
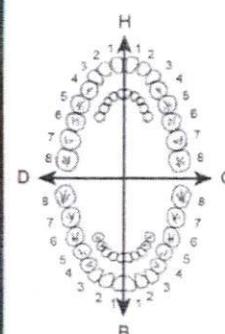
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : CASABLANCA  
 Signature de l'adhérent(e) : 05/01/2023

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
05 JAN 2023	G			INP : 001019478 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél. : 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>pharmacie la lozoya MOULHATH LA PHARMA Tél: 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62</i>	05/01/2023	367,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JO 10/01/23			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	<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"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

مركز بئر أنزاران لأمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمت والشخير  
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale

## Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ – GORGE – OREILLE
- Chirurgie Cervico – Maxillo – Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمت والشخير طبيب الجامعة الفرنسية للفطس و الرياضيات المائية

CASABLANCA LE

05/01/2023

Monsieur BELBACHIR Karim

205,00

TAVANIC 500 boite de 7

1 comprimé par jour au milieu d'un repas pendant 7 jours

40,00

EFFIPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 jours

23,50

HUMEX Fournier

1 comprimé, 3 fois par jour puis une gélule le soir au coucher pendant 4 jours

119,10

RISONEL

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 30 jours.

T = 387,60

pharmacie  
laplaza  
MOULNAKHLA PHARMA  
Tél: 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain settaâ Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel 07  
P.P.V : 205,00 DH  
6 118001 080830



N° D | AMM: 18 | DMP/21/NCI  
LOT: 122097 | PER: 07/2025  
PPV: 23,50 DH

Dr. BELQADI Faouzi  
Spécialiste O.R.L  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 87

N° du Lot : F 72  
Date Per. : 05/01/2025  
P.P.V: 119,10 DH