

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-801595

178814

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8562 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM

Date de naissance : 09/10/71

Adresse : RESIDENCE LES 3 GOLFS - VILLA 13  
VILLE VERTE BOUSKOURA

Tél. : 0663709512 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELQADIR Faouzi  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél. : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

Date de consultation : 10/10/23

Nom et prénom du malade : BELBACHIR KARIM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué les renseignements 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 :

CASA

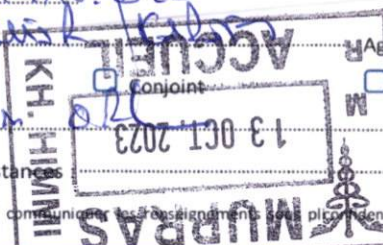
Le :

10/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





# 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

10/10/23    Ce    289w    INP : 001019448  
 223    Dr. BELQADI Faouzi  
 Spécialiste O.R.L.  
 119 Bd. Bir Anzerane - Maârif  
 Tél. : 05 22 25 84 84  
 05 22 98 14 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE NERVA

Nouredine IBA

Docteur en Pharmacie

311 Bd. Abdelmoumen Cas

Tél. : 05 22 86 06 20

10/10/23    264,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 l'ODF.

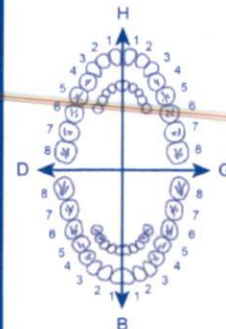
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

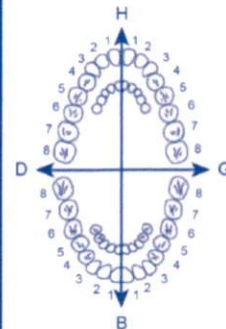
H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 G 00000000  
 35533411 11433553  
 B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والسخير

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**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
و تقويم الدوار والصمك والسخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس  
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

10/10/2023

Monsieur BELBACHIR Karim

LOT : 4999  
PER : 06-25  
P.P.V : 132DH00

ACLAV 1G BOITE DE 16

1 sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

NAZAIR

1 pulvérisation dans chaque narine matin et soir pendant un mois

LOT 221394 1  
EXP 05 2027  
PPV 57 10

LOT: IC30802  
PER: 06/2025  
PPV: 75 DH 00

PHARMACIE MERIEUX  
Noureddine JB  
Docteur en Pharmacie  
311, Bd. Abdelmoumen Casa  
Tél.: 05 22 86 05 70

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