

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12837</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>194986</b>
Nom & Prénom : <b>DAHAY Hicham</b>			
Date de naissance : <b>10.02.1987</b>			
Adresse : <b>Dyer Essalam, résidence DARIS, im.36, n. 12. Ain Selba</b>			
Tél. : <b>0666 815 849</b>		Total des frais engagés : <b>900,00</b> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>13/02/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>DGAHAY HICHAM</b> Age : <b>37</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affection cRL</b>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <b>Pathologie</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Le</b>			
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 : <b>Le 14 FEV. 2021</b>			
Signature de l'adhérent(e) : <b>M. H. HICHAM</b>			



### 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
13/02/2024	c.2 C/51	300,00	0,00	<i>Signature du Médecin</i> S. J. B. <i>Chabab C2A, Bd M. A. Boam, 1er étage Apt N° 5 Ain Sebaï 70105 Tizi Ouzou</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA GARE D'AIN SEBAÏ mm GHS N° 31 P Aris, Km9, Rte Ain Sebaï</i>	13/02/2024	600,00 D.H.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

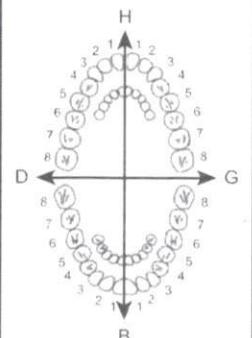
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

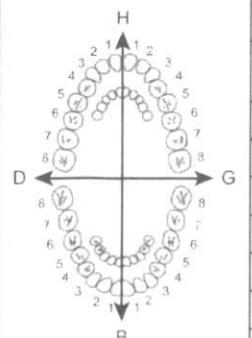
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

### [Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# Dr. Loubna BELFAQUIR

- Spécialité en ORL (oto-rhino Laryngologie) et chirurgie cervico-faciale
- Surdité, acouphène, vertige
- Allergie ORL et ronflement
- Pathologie de la voix
- Ex. medecin à l'hôpital 20 Août à Casablanca

Enfants et adultes



## الدكتورة لبنة بلفقير

- اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة
- وجراحة الوجه والعنق
- تشخيص وعلاج اضطراب السمع، طنين الأذن، الدوخة
- علاج الحساسية والشخير

في 20 غشت بالبيضاء

سغار والكبار

Casablanca, le : 13/02/24.

**sinomarin nose care adults 125ml**  
prix conseillé : 115DH | 115DH

5ml

ose

N° du Lot

23H21

Date Per.

07.2026

P.P.V: 119,10 DH

1. M5  
x2 1 Sinomarin

adulte

1.S  
S.P

119.10

1pm/v

x 61

2. Risomel

1.S

86.60

2pm/v

le 80

12ml

3. Clenil forte

1.S

82.20 x 2 1pm/v

x 2

CLENIL FORTE®  
Béclométhasone dipropionate  
Flac

6

86,60

4. Cutec sp.

1.S

600,00

1sp

Jr Belfaquir Loubna  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
Chabab C2A, Bd Mohamed Baaqrani Imm. F4 - 1er Etage Appt. N° 0522 73 34 12 - dr.belfaquirloubna@gmail.com

PPV: 82 DH 20

PPV: 82 DH 20

Chabab C2A, Bd Mohamed Baaqrani Imm. F4 - 1er Etage Appt. N° 0522 73 34 12 - dr.belfaquirloubna@gmail.com



0522 73 34 12



dr.belfaquirloubna@gmail.com



Map

Casablanca