

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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495212

ND: 30563

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2287	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUACHOUR SALAH			
Date de naissance : 21/01/1979			
Adresse : 12 étages - 8 Avenue de la 8e Casablanca - Maroc			
Tél. : 062-74-22-40	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste ORL
115, Bd. Bir Anzarene - Maârif

Date de consultation : 01 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : OUACHOUR SALAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

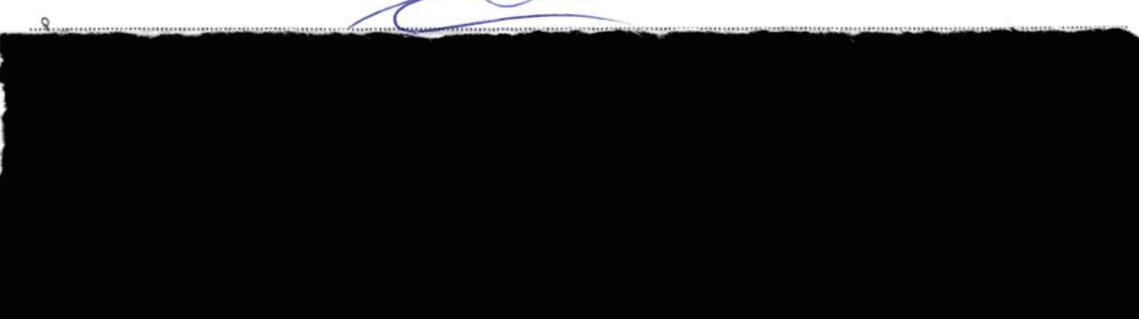
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

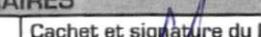
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01/06/2020

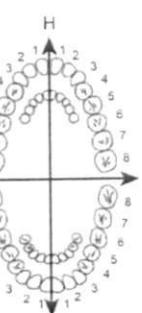
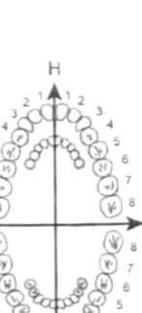
Le : 01/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
01 JUIN 2020	a		250	 Dr. BELHAJ Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif 05 22 23 84 87

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

RELEVE DFS, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
			H <table border="1"> <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> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
			25533412	21433552											
			00000000	00000000											
			D	G											
00000000	00000000														
35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
HET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

مركز بئر أنزران لأمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمك 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
- UNIVERSITE PARIS VII
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige - Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقدير الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

01/06/2020

Monsieur OUACHOUR Salah

58140

EFFIPRED 20 mg

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

90,50

XYZALL boite de 28

1 comprimé le soir au coucher pendant 28 jours.

19,50

RISONEL

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

268,40

EFFIPRED® 20 mg

PPV 580H40
EXP 12/2022
LOT 90021 4

LOT 200086 1
90,50
EXP 01 2024

PPV 90 50
N° du Lot 200086
Date Per. 01 2024
P.P.V: 119,10 DH

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