

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1651

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMINE

Abderkhanne

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661312078

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/07

Nom et prénom du malade : ABDERKHANNE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Abderkhane

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067540

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Déclaration de Maladie

N° P19- 067540

ND: 30302

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1651

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

AMINE Abderrahmane

Date de naissance :

24-10-1949

Adresse :

122 Lot EL FATH II - Sidi Maarouf

CASA

Tél. : 0661312072

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BELOQADI Faouzi

Spécialiste O.R.L.

119, Bd. Bir Anzarane - Maârif

Tél. : 05 22 23 84 84

05 22 98 14 67

Cachet du médecin :

Date de consultation :

AMINE , 19 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : AMINE Abderrahmane Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

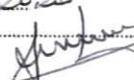
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA 19/06/2020

Le : 19/06/2020

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
19 JUIN 2020	Ca	250		INP : 1111111 INP : 991019448 Dr. BELOQADI Faouzi Spécialiste O.R.L.

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.

119. Bd. Bir Anzarane - Maârif

6 Tel. 03 22 23 84 84

05 22 98 14 67

Montant de la Facture

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES

105 22 98 14 67

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMAC ASALANCA Sidi Madarou 05/06/2020	05/06/2020	154,50

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	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVÉ 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.

مركز بئر أنزaran لأمراض الأذن 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 BELOADI

- CES D'ORL
- UNIVERSITE PARIS VII
- 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 تقدير الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

19/06/2020

PPV: 104DH90
PER:06-22
LOT:I1576-1

Monsieur AMINE Abderrahmane

٦٥٤,٩٠

SPIRALIDE 3 Millions

1 comprimé 2 fois par jour pendant
8 jours.



9 4 4 T 2 4 0 0
0 6 7 / 2 0 2 4
4 9 0 4 6 0
49,60

٦٥,٦٠

FELDENE fast BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise en sublingual pendant 2 jours , puis 1
comprimé par jour pendant 6 jours



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

PHARMACIE
Bis Feth Al-Sid Magrouf
Casablanca
Tél: 05 22 78 62 05

119, شارع بئر أنزaran إقامة رمزي، (ب) الطابق الثاني المعارض - الدار البيضاء - 10010 الهاتف: 05 22 99 26 53 / 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

119, Bd. Bir Anzarane Résidence RAMZI (B) 2^{ème} Etage - Maârif - Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 / 05 22 99 26 53

E-mail : belqadif@yahoo.fr