

MF

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-482432

ND: 39687 AMPL

### Maladie

Matricule : **9889** Cadre réservé à l'adhérent (e)  Dentaire  Optique  Autres

### Actif

Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : **BENAMAR YASSIR**

Date de naissance : **29/07/73**

Adresse : **RES. FATINE ETG 2 Apt 9 RUE HAMED CHARCI CASABLANCA**

Tél. : **0661162001** Total des frais engagés : **650** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : **LAABDOUNIY 17 AOUT 2020**

Nom et prénom du malade : **BENAMAR YASSINE** Age : **47**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection O.R.L**

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 : **05 22 98 14 67**

Signature de l'adhérent(e) :  Le : **19/07/2020**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17. AOUT 2020	<i>Ca</i>		<i>250</i>	INP : <i>TNP : 691019448</i> Dr. BELDADI Faouzi Spécialiste O.R.L.

INP : 250 TNP : 091019448  
Dr. BELOADI Faouzi  
Spécialiste O.R.L.  
Gizi Aczérapé - Maârif

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AGENCE DOGRAIN Rue Jules Ferry Chantimard 2 Casablanca T: 0521 948110	17/8/20	400.00

MACIE ROGRA  
R. Ipanema Chantim  
0522948110

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11432552	

#### B

---

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET 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
- 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 والصمك والشخير طبيب الجامعة الفرنسية للغطس والرياضات المائية

LOT : 6442  
PER : 11-21  
P.P.V : 132DH00

CASABLANCA LE

17/08/2020

Monsieur BENAMAR Yassine

ACLAV 1G BOITE DE 16

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

(S.V)

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 12/2022  
LUT 90021 4

EFFIPRED 20 mg

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

(S.V)

XYZALL boite de 28

1 comprimé le soir au coucher pendant 28 jours.

RISONEL

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

119,10

LOT 201087 1

EXP 04 2024

PPV 90,50

BELOQADI Fao  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd Bir Anzarane - Ma  
Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

A20010353/04

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH