

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-577569

ND: 45037

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 815 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAIDI ANZARANE

Date de naissance : 18/01/1936

Adresse : 86 Rue H. Reggiani, Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 1452,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste O.R.L

119, Bd. Bir Anzarane - Maârif

Tél : 05 22 23 84 84

05 22 98 14 67

Date de consultation : 15 OCT 2020

Nom et prénom du malade : EL BARKOURI BEN SAIDI KEBIR 73

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectif ORL

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 : Casablanca Le : 15/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

022 20 45 45

15/10/2020

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
1 OCT 2020			250	091019448 DI. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L 119, Bd. Bir Anzarane - Maarif Tel : 06 22 23 84 84 05 22 98 14 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JURA Rue Oussama Benou Zaid CASABLANCA 22 25 34	13/10/20	2021 80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
D	00000000	G	00000000
B	35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS []	
		DATE DU DEVIS []	
		DATE DE L'EXECUTION []	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بيرأنزران لأمراض الأذن 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 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



CASABLANCA LE

الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف

والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك

والصمك والشخير

119 Bd. Bir Anzarane

PPV 1160440 LOT 06031 1

EXP 06/2022

Madame BARKOUKI EP SAIDI Kaboura

M.G. 40



FLOXAM 500 mg (BOITE DE 24)

49.60 1 gélule matin midi et soir en dehors de

LOT. N° :

UT. AV. :

P.P.V.:

9 4 4 T 4 1 0 0

0 8 / 2 0 2 4

4 9 0 3 6 0

49,60

FELDENE fast BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise
comprimé par jour pendant 6 jours

19.40



ANTIBIO SYNALAR GOUTTES AURICULAIRE

10 gouttes 2 fois par jour dans l'oreille malade pendant 10 jours

19.40

ANTIBIO SYNALAR

DERMOVAL

l'application, 2 fois par jour pendant 7 jours, puis une fois par jour, pen

202.80

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



05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67 : الدار البيضاء 20100 الهاتف: 119، شارع بير أنزران إقامة رمزي، (ب) الطابق الثاني المغارييف - الدار البيضاء 20100 الهاتف: 119, Bd. Bir Anzarane Résidence RAMZI (B)2nd Etage Maârif - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 23 84 84 / 05 22 99 26 53 - 05 22 99 26 53

E-mail : belqadif@yahoo.fr