

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-586091

ND: 526 28

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8562

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEL BACHIR

KARIM

Date de naissance :

09/02/1971

Adresse :

7 RUE DES PLEIADES - Agf 77  
TOULONVILLE CASABLANCA

Tél. :

0663 709 512

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Cam

Nom et prénom du malade :

BEL BACHIR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

SPR

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 : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

CH

#### **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
30.10.2012	Ch.		5	INP : 111111111111111 Dr. BELGA Spécialiste O.R.L. 19, Rue de la Gare 13007 Marseille Téléphone : 04 91 34 84 98 14 67

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

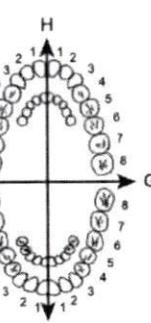
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

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"/>										
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>G</b></p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

مركز بئر أنزاران 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 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 الأذن الأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتقدير الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
والرياضات المائية

*Cam 30.10.2020.*

BEL BACHIR Zineb

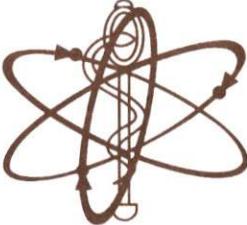
Recherche de COVID par PCR



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

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



# مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

## FACTURE N° 2010300102

Mlle Zineb BELBACHIR

Demande N° 2010300102

Date de l'examen : 30-10-2020

**ANALYSES** ACCREDITATION

N° 8-3245

Portée disponible sur

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

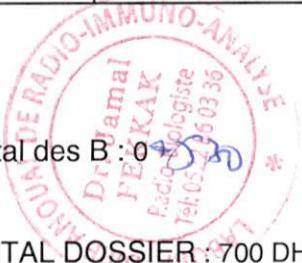
### Récapitulatif des analyses

EXAMENS MEDICAUX	Analyse	Val	Clefs
	Recherche SARS CoV2 par RT-PCR	E700	E

Total des B : 0

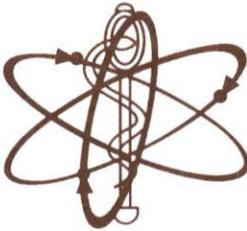
TOTAL DOSSIER : 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :sept cents dirhams DH



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



# مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

Mlle Zineb BELBACHIR  
Né(e) le : 12-07-2001  
Dossier N° : 2010300102  
Date de l'examen : 30-10-2020  
Prélevé le : en  
Edité le : 11-11-2020

DR :

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
[www.coefrac.fr](http://www.coefrac.fr)

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## VIROLOGIE MOLECULAIRE (SARS-CoV-2)

**Nature du prélèvement**

Ecouvillon naso-pharyngé

**Résultat**

Négatif

**Conclusion**

Absence de l'ARN viral du SARS-CoV-2

Technique: RT-PCR temps réel, GeneProof SARS-CoV-2 PCR Kit.

