

## 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.

N° W21-610116

59358

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7285</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BONCHABLAHOU B RAHID</b>			
Date de naissance : <b>07/12/1967</b>			
Adresse : <b>RES CALIFORNIA Route de la marquise Villa n° 26 CALIFORNIE CASA Tél. 0661168864</b>			
Total des frais engagés : <b>459,40 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>Dr. BELQADI Faouzi</b>            Spécialiste O.R.L.            110, Bd. Bir Anzarane - Maârif            Tel. 05 22 23 84 84            05 22 98 14 61         </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Cachet du médecin :</span> <span><b>USA</b></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Date de consultation :</span> <span><b>18 FEV. 2021</b></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nom et prénom du malade :</span> <span><b>Bachir Belkacem RACID</b></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Lien de parenté :</span> <span><input type="checkbox"/> Lui-même    <input type="checkbox"/> Conjoint    <input type="checkbox"/> Enfant</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Nature de la maladie :</span> <span><b>Attéision all</b></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</span> <span></span> </div>
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**  
**Signature de l'adhérent(e) :** 

Le : **08/02/2021**

## **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
08 FEV. 2021	G		250	INP : 091019418 INP : 091019418 Dr. BELOADI Faouzi Spécialiste O.R.L. Bécharane - Maârif 24 84

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
ARMARIA DR. FAH YOUSSEF TADDAFT Rés LINNA ALIFORME AIN CHOUA 287 11 12 CASA	08/08/21	202165

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

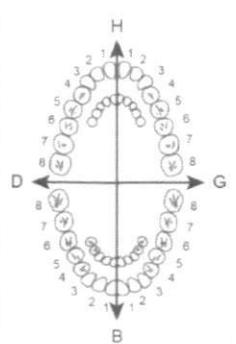
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

CASABLANCA LE

08/02/2021

Monsieur BOUCHABCHOUB Rachid

150, CNE CALIFORNIE  
150, CNE CALIFORNIE  
150, CNE CALIFORNIE  
AEROMAX 2BOITES

1 pulvérisation dans chaque narine 2 fois par jour pendant 4

150, CNE CALIFORNIE  
ANTIBIO SYNALAR GOTTES AURICULAI

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



209,40  
PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FAOUZI YOUSSEF  
10 RUE TADDOURT RÉB LINA  
JNANE CALIFORNIE AIN CHOC  
Tél : 05 22 87 11 12 CASAB

Dr. BELQADI Faouzi  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tel : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67  
19,40

ANTIBIO SYNALAR