

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.

Nº W19-463815 / 5403

64564

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5403

Société :

Royal Air Maroc
Retraitee

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

JADIB LEILA

Date de naissance :

26/11/1962 Casablanca,

Adresse :

2, lot les Arènes, Residence 21 ème, n°15
Mouanif, Casablanca.

Tél. :

0661 173321 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BELOADI Faouzi
Spécialiste O.R.L
119, Bd Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 29 23 84 84
05 29 98 14 67

Date de consultation : 10 FEV 2021

Nom et prénom du malade : JADIB LEILA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie : Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements à ce sujet 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 : 08/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL
24 MARS 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
01.FEV.2021	Ca		Caibat	INF. 191019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L 119, Bd. Bif Anzara - Maârif Tunis - 1002 84 84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadif BENNIS 1912 Bd. Bir Anzaroune, BP. 40, 1000 Tunis	10/02/21	317.00

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANALYSES - RADIOPHARIES</i>			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
					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 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 للفطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

10/02/2021

EFFIPRED® 20 mg

Madame JADIB Leila

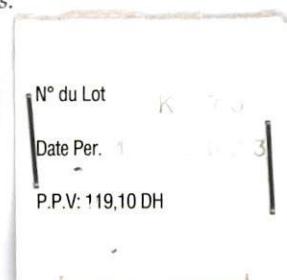
PPV 58DH4D
EXP 08/2023
DT 06025 3

119.10 RISONEL

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

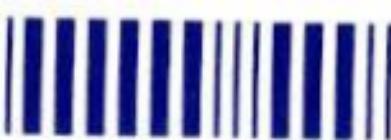
139.50 LOVANIC 500 mg boîte de 10
1 comprimé par jour pendant 10 jours

58.60 EFFIPRED 20 mg
3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 jours



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

PHARMACIE HYPER
Nadia BONNAT
Angla Bd, Bir Anzarane et Ali Abderrazak
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA



139,50

لوفانيك®

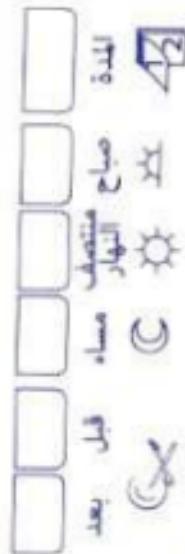
بيفولوكاسيبين



LOVANIC 500 mg
10 comprimés pelliculés sécables SOTHEMA



6 118000 022398



Sotema
سوطاما