

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-463815 / 5403

64564

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 5403

Matricule : 5403 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : JADIB LEILA

Date de naissance : 26/11/1962 Casablanca

Adresse : 2, 101 Les Arènes, Résidence 21, lot n°15, Mohammédia, Casablanca.

Tél : 0661 1733 21 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BELQADI Faouzi

Cachet du médecin : Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maarif Tél : 05 22 23 84 84 05 22 98 14 87

Date de consultation : 10 FEV 2021

Nom et prénom du malade : JADIB Leila

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

24 MARS 2021

ACCUEIL

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 : 03/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
10.FEV.2021				INP: 191019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maarif Tél: 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS 119, Bd. Bir Anzarane et Ali Abdou Tél: 022-84-45-30 - CASABLANCA	10/02/21	317,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

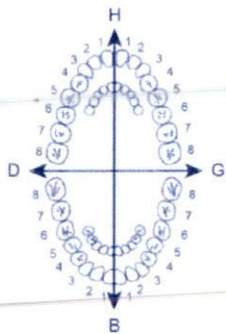
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

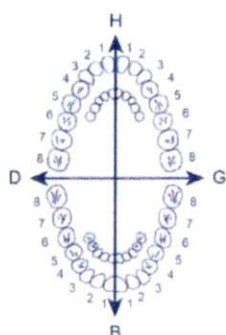
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaïres, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS	<div></div>															
		DATE DU DEVIS	<div></div>															
		DATE DE L'EXECUTION	<div></div>															

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم 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 امراض الاذن الانف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

10/02/2021

Madame JADIB Leila

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 08/2023  
LOT 06025 3

119.10  
RISONEL

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

139.50  
LOVANIC 500 mg boite de 10

1 comprimé par jour pendant 10 jours

5840  
EFFIPRED 20 mg

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

N  du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

**Dr. BELQADI Faouzi**

**Spécialiste O.R.L**

119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif

Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

**PHARMACIE HYPER**  
**Nadia BENNIS**

Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abdemazal  
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

