

## 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

- 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.

**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° W19-463813 / 543

64563

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5403 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reduite

Nom & Prénom : JADIB LEILA

Date de naissance : 26/11/1962

Adresse : 21, Bd. Les Arcades, Résidence 21, V. ETO, n°15

Tél. : 0661 173321 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02.FEV. 2021

Nom et prénom du malade : JADIB LEILA

Age :

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.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

8/03/2021

ACCUEIL



# 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
02.FEV.2021	a	→ 250 =		<b>Dr. BELOADI Faouzi</b> <b>Spécialiste O.R.L.</b> 119, Bd. Bir Anzarane - Maârrif Tél. 05 22 23 94 84 05 22 88 14 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HYPER</b> <b>Nadia BENNIS</b> angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abouazza Tél. 022 94 45 30 - CASABLANCA	02/02/21	246,20

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			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 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**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
و تقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

02/02/2021

Madame JADIB Leila

163.40  
MONO ZECLAR 500 BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise pendant 5 jours

496.00  
FELDENE fast BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise en sublingual pendant 2 jours , puis 1 comprimé par jour pendant 6 jours

33.20  
LABIXTEN boite de 10

1 comprimé matin avant le petit déjeuner pendant 15 jours.

TS 246.20  
**PHARMACIE HYPER**  
**Nadia BENNIS**  
angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abderrazak  
Tél : 022-98.45.30 - CASABLANCA

**Dr. BELQADI Faouzi**  
Spécialiste O.R.L.  
Médecin Fédéral de la FFESSM  
N  Fédéral 146 9035  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél.: 05 22 98 14 67 - CASABLANCA

10 comprimés  
Voie orale

**LABIXTEN<sup>®</sup>**  
20 MG  
Bilastine

LOT: 14520009  
PER: 05/2025  
PPV: 33,20 DH



**FAES FARMA**

# فلادين فاست

تحت اللسان

بيروكسيكام

20 ملغ

10 اقراص

٢



LOT. N° :

UT. AV. :

P.P.V :

9 4 4 T 2 4 0 0  
0 6 / 2 0 2 4  
4 9 D H 6 0

49,60





Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التسويق في المغرب

**Laboratoires Maphar**

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebâa

MAROC

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

المصنع / Fabricant

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299

 **Abbott**

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.

Traitement débuté le.....

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال ..... أيام.

..... بدأ العلاج بتاريخ

**MONOZÉCLAR® 500mg**

Boite de 10 COM PEL

P.P.V : 163,40 DH



6 118001 183838

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebâa, Casablanca

Maroc