

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° W19-491244

76812

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3301

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MME NEBBATE NATA

Date de naissance :

30 - 06 - 59

Adresse :

GHOZ 25 APPT 06 STG 01 SABAT EL MOUMIT,
OU LD AZZ OUR NOU ACEUR Casa

Tél. :

06 65 10 891 Total des frais engagés : 308 + 207,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELOQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tel. 05 22 23 84 84
05 22 53 14 67

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14.06.2021

Nom et prénom du malade :

NEBBATE NATA

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

ATTEIN

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

05 JUIL. 2021

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES ACTES ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Désignation des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.06.2021	G	Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. Bir Anzarane - Maârif 119, Bd. Ch. 2000 Tel: 0525 235 261	300000	INP : 091019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. Bir Anzarane - Maârif

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie El Oued - Boutayba El Oued Télé: 0522.90.51.10 N° DE: 002291220000074	14/06/2021	267,10

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>													
						COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
						MONTANTS DES SOINS 												
						DEBUT D'EXECUTION 												
						FIN D'EXECUTION 												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
						MONTANTS DES SOINS 												
						DATE DU DEVIS 												
						DATE DE L'EXECUTION 												

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن 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 الأذن الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقدير الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

14/06/2021

Madame NEBBATE Najat

78,00x2

BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 30 jours.



41,70x1 REMOX 20 MG DISPERSIBLE

1 comprimé par jour au milieu du repas délayé dans un demi verre d'eau pendant 8 jours.



49,40x1 COLTRAX

2 comprimés 2 fois par jour pendant 10 jours.



T = 267,10

PHARMACE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
220-222-22-Bd Oule Maâlouya El Oulfa
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13
ICE: 002291220000071

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

78,00
PER 1000

78,00

49,40

49,70