

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.



Declaration de Maladie

N° W21-625211

86 875

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12678

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARAOUI Hanane

Date de naissance : 12/02/1987

Adresse :

Tél. : 0662798773

Total des frais engagés

623

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELLOADI Faouzi

Spécialiste O.R.L.

119, Bd. Bir Anzarane - Maârif

Tél. : 05 22 23 84 84

05 22 98 14 67

Cachet du médecin :

Date de consultation : LA VACHE, 05/08/2021

Nom et prénom du malade : BARAOUI Hanane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je m'engage à faire preuve de transparence et d'honnêteté dans la communication des informations. Je m'engage à respecter la vie privée et la sécurité des personnes concernées.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05.08 2021 | G | - | 2890 | INP : <input type="text"/> INP : 091019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 719, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tel: 05 22 23 84 84 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------------|-----------------------|
|  Pharmacie IBDOU KATIR Mohamed GERMANE Docteur en Pharmacie Tizi Ouzou | 05 / 08 / 21 | 3731.60 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS FINÉS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

LDT: 086-1
PER: NOV 2022
PPV: 120 DH 70

أقراص 3

important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan.

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'EXÉCUTION

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|--|--|
| 8 G | ~ + Aspir | INP : 11111111 TNP : 091019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 719, Bd. Bir Anzarsine - Maârif Tél : 05 22 23 84 94 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
|  <i>Pharmacie IBNOU KATIR M'hamed GERMANE Docteur en Pharmacie Tunis</i> | <i>05/08/21</i> | <i>373,60</i> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS FINÉS

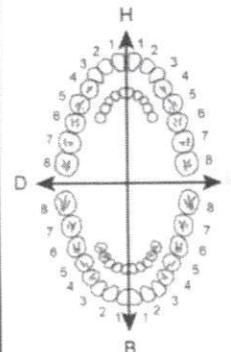
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

LOT: 086-1
PER: NOV 2022
PPV: 120 DH 7

30
أقراص
ملمسة

Important

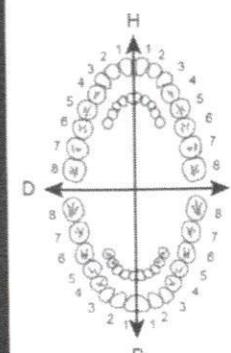
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le plan de traitement.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Formation et transmission d'un message à la profession

COEF LOT 211742
DES EXP 06 2026

MONT-
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

CASABLANCA LE

05/08/2021

صيدلية ابن كثير
pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed QERMANE
Docteur en Pharmacie

Madame BARAOU Hanane

139,50

LOVANIC 500 mg boite de 10

1 comprimé par jour pendant 10 jours

1S

57,10

ISOLONE 20 mg

3 comprimés le matin pendant 6 jours

1S

102,00

AERIUS 5mg BOITE DE 30

1 comprimé par jour au moment ou en dehors des repas pendant 30 jours

75,00

NAZAIR

1pulverisation dans chaque narine matin et soir pendant un mois

1S

373,60

صيدلية ابن كثير
pharmacie IBNOU KATIR
M'hamed QERMANE
Docteur en Pharmacie

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