

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Maladie :

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

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° M21- 068058

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3340 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : EL OUAFI DRISS  
Date de naissance : 29 MARS 1958  
Adresse : 3 RUE IRNOU CHAHID APT 8 PALMIERS  
CASABLANCA  
Tél. : 0663724047 Total des frais engagés : 250 DH + 241,10 DH = 491,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BELQADIR Frouzi  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzara 18 - Maarif  
Tél. : 05 22 23 54 84  
Date de consultation : 21 MARS 2022  
Nom et prénom du malade : ZIAD SAIDA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection O.R.L.  
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

Le : 21/03/2022

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
2-7 MARS 2022	A		2040#	Dr. BELOADI Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Br. Anzalone - Maârif Tél: 05 22 23 64 84 05 22 98 14 01

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie S.A.R.L. - Casablanca 1 Bis, Rue de la Casablanca Dord. Tél: 05 22 26 60 64	21/03/21	241,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

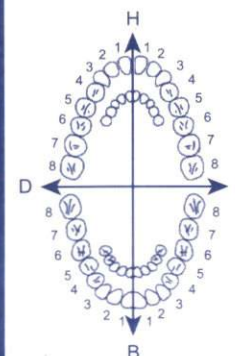
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

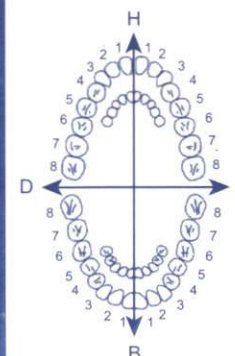
MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

[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 أنزاران لأمراض الأذن والأنف 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  
 و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
 و تقويم الدوار والصمك والشخير  
 طبيب الجامعة الفرنسية للقطس  
 و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

21/03/2022

Madame ZIAD Saida

41,70

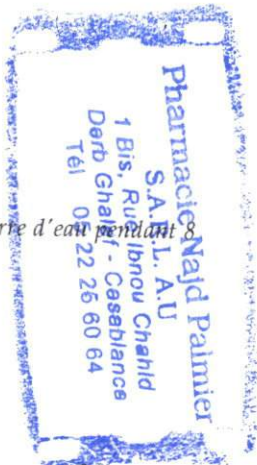
**REMOX 20 MG DISPERSIBLE**

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

99,70 x 2

**LABIXTEN 2 boites de 30**

1 comprimé matin avant le petit déjeuner pendant 60 jours.



241,10

**Dr. BELQADI Faouzi**  
 Spécialiste O.R.L.  
 119, Bât. Bir Anzarane - Ma rf  
 Tél : 05 22 23 84 84  
 05 22 98 14 67

41,70

LOT: 14521019  
 PER: 09/2026  
 PPV: 99,70 DH

LOT: 14521022  
 PER: 12/2026  
 PPV: 99,70 DH

**LABIXTEN**  
 الثاني المعارف  
 Tél : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67  
 E-mail : belqadi@yahoo.fr

08 14 67

Zeme Etage

0  
11