

## 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

- 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.

N° W21-606836

M 8497

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 27018 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL

Date de naissance : 20/05/1954

Adresse : K CHAKIB 10 of YAHIA. FR

Tél. :

Total des frais engagés : 250 + 19,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELQADFI Faouzi

Spécialiste O.R.L.

119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél. : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

Date de consultation : 17 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : LARABUNY CHAKIB KAMAL Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OLL

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 : CASA

Le : 28/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

28/06/2022  
I. BOUZZACHANE

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17 JUIN 2022	C 2 + 25% t	Dr. BELQADIF Youcef Spécialiste O.R.L. Bd. Br. Anzara 2264/84 Tel: 05 22 22 58 14 51	INP : 091019448	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMKANT MERYEM pharmacie des Familles Angle Rues Normandie - Imam Tabarani Casablanca - Tel: 0522.25.05.60	07/06/2017	19.40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
D		B																	
00000000	00000000	35533411	11433553																
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتنقية 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 بلقاذبي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتنقية الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

07/06/2022

Monsieur CHAKIB Kamal

19.40

ANTIBIO SYNALAR GOUTTES AURICULAIRE  
10 gouttes 2 fois par jour dans l'oreille malade pendant 4 jours

✓.S

Total : 19.40



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

**LAMKANI MERYEM**  
Pharmacie des Familles Angle Rue  
de Normandie et Imam Tabarani  
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60