

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-685016

125131



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3678	Société : M.A.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Salhi Faycal			
Date de naissance : 01/02/1971			
Adresse : 70 Rue Annay Kairouan			
Tél. : 066131445		Total des frais engagés : 280+ 276,9 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	DR. BELQADI Faouzi
5 AVT 2022	Spécialiste O.R.L
ANNAI 2022	119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
ACCUEIL	Tél : 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Salhi Faycal	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affect. 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 : 05/01/2022 Le : 05/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

EP

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
AVRIL 2022	<i>Ca</i>		<i>2500</i>	<p style="text-align: center;">091019448 INPI</p> <p>Dr: BDI QADI Faouzi Spécialiste O.R.L 119, Bd Bir Anzarane - Maârif Tél: 05 22 23 84 84</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJUD C.I.L. Dr. Sonia Aboumerouane N°22, Lotissement C.I.L. Essalam, Casablanca Tél. 0322 39 88 73	07/08/2022	986,90

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 ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre vos radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 بلقاachi

إخلاصي في أمراض الأذن الأنف
الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقديم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

05/08/2022

Monsieur SALHI Faycal

29,20 Dh



ZYTHROMAX 500 mg 2 BOITES

1 Comprimé par jour pendant 6 jours

480

COT IPRED 20 mg

3 comprimés le matin dans un demi verre d'eau pendant 6 jours

APIXOL

1 cuillère à café, 3 fois par jour pendant 10 jours.

29,00



286,90

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Aboumerouane
N°22, Lotissement du Stade
Essalam, C.I.L - Casa
HAY Essalam 22 39 88 73

Lot: 210934

À consommer

avant le: 01/2025

PPC: 79,00 DH

8 032578 477337

PPV: 48DH50
PER: 12/24
LOT: K3427



bottu s.a.s.
82, Allée des Camélias - Ain Seba - Casablanca

