

## 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 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

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.

**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° W21-685016

125131

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **MAN**

Matricule : ..... Société : .....

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : .....

Nom & Prénom : **Salim Fayal**

Date de naissance : **01/07/1971**

Adresse : **70 Rue ANNEK KASINIK**

Tél. : **066131445** Total des frais engagés : **200 + 206,9** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Gachet du médecin : .....

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **Salim Fayal** Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **affec 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 : **Casa** Le : **25/01/22**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
AOÛT 2022	<i>h</i>		250	INP 091019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, B. Bir Anzarane - Maârif Tél. 05 22 23 84 84

INP 091019448

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MASUD C.I.L.</b> Dr. Sonia Aboumerouane N° 22, Lotissement du Stade Bay Essalam, C.I.L - Casa Tel. 0522 39 88 73	05 08 2022	286,95

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**PHARMACIE MASAD C.I.L.**  
Dr. Sonia Aboumeziouane  
N° 22, Lotissement du Stade  
Hay Essalam, C.I.L. - Casa  
Tél. 0522 39 88 73

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

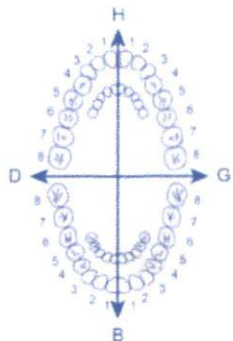
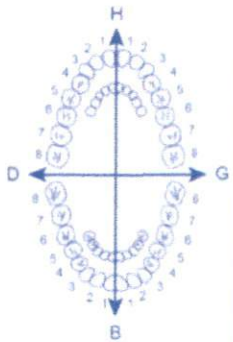
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, 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			
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b>                      <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important :

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

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

CASABLANCA LE 05/08/2022

Monsieur SALHI Faycal

UT.AV. : 2023 P.P.V.

LOT N° : FN1 79,70

UT.AV. : P.P.V.

LOT N° : FN2 79,70

ZYTHROMAX 500 mg 2 BOITES

1 Comprimé par jour pendant 6 jours

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.

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

b. bottu  
82, Allée des Camarins - Ain Seba - Casablanca  
S.Bachouly - Pharmacien Responsable

8 032578 477337

Lot: 210934  
À consommer  
avant le: 01/2025  
PPC: 79,00 DH

PHARMACIE MASHO C.I.L.  
Dr. Sonia Aboumerouane  
N°22, Lotissement du Stade  
Hay Essalam, C.I.L - Casa  
Hay Essalam 0522 39 88 73