

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° W21-725659

131520

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matière : 1675 Société : N.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALI FAYAL
 Date de naissance : 01/02/1971
 Adresse : 70, Rue AMTEN KADIM, VAL FLEUR
 Tél. : 0661311344 Total des frais engagés : 0 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELOADI Faouzi
 Spécialiste O.R.L.
 119, Bd. Br Anzarane - Maarif
 Tél. : 05 22 23 84 84
 05 22 98 14 67
 Cachet du médecin : H. HAKANI
 Date de consultation : 22.09.2022
 Nom et prénom du malade : SAUFI FAYAL 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 : 0528 Le : 09/10/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
22.09 22	G	1	G	<p>091019448</p> <p>Dr. BELQADI Faouzi</p> <p>Spécialiste O.R.L.</p> <p>21, Bir Anziane - Mairie</p> <p>23 84 84</p> <p>87</p>

DR. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Mairie
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 96 14 87

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Sonia Aboumerouane 22, Lotissement du Stade, May Essalam, C.I.L. Tel. 0522 39 88 73	27/09/2012	669.75

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

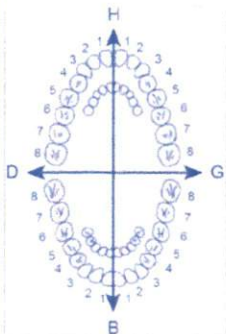
Montant détaillé
des Honoraires

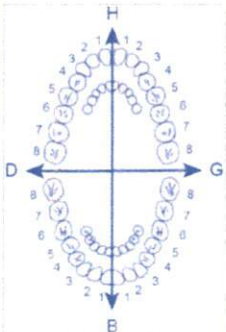
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
		B												
	<div style="text-align: center;"> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>													
			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.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

INP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ- GORGE- OREILLE
- Chirurgie Cervico-Maxillo- Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



UT.AV.: 12 2022 P.P.V. 79 70
 LOT N°: 1299439
 طبيب الجامعة الفرنسية للغض
 والرياضات المائية

N° SAUW, FAYAL

27-09-2022

79,70 x 2 (SV)
 - ZITULO MAX 23.

PHARMED LOT :1536
 UT.AV : 07-25
 PPV :20DH00

20,00 MCP Dargus 2 th Gys. (SV)
 - FEBLEX

GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 218,00 DH
 ID: 648121
 6 118001 141876

2 18,00 1 Sachet mltin et 1 Sachet (SV)
 - SERETIDE 20 2F.

GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 218,00 DH
 ID: 648121
 6 118001 141876

14,40 1 Boite 8 jours 2ème (SV)
 - DOUPLANE 100.

PPV 14DH40
 PER 07/23
 LOT K1922

39,90 MCP 3 fois - Dargus (SV)
 EXOMUC 1 Sachet 3 fois
 669,20 PHARMACIE MASJID C.I.L.

39,90
 PER MAI 24
 PPV 39DH90