

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3053

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIR ZAKARIA

Date de naissance : 23.03.1958

Adresse : Naffleuni Rue Albert Soudain N°76
Résidence KARIM 2 Maârif CESTA

Tél. 06.18.85.65.27 Total des frais engagés : 596,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : CASA / 06 JAN 2023

Nom et prénom du malade : MIR ZAKARIA Age: 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 fournis dans la déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 10.01.2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
06 JAN 2023				<p><i>H. S. G. 2023</i></p> <p>Dr. BELQADI Faouz Spécialiste Q.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél: 05 22 23 84 84 05 22 98 14 67</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL BARAKAT</i> Casablanca	06/01/23	346,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DÉBUT D'EXÉCUTION	FIN D'EXÉCUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXÉCUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000				
	D 00000000 00000000 35533411 11433553				
	G				
	B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصياغ 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
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
وتقدير الدوار والصياغ والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للفطس
و الرياضيات المائية

CASABLANCA LE

06/01/2023

Monsieur MIR Zakaria

78,- x 4.
78,-
BETASERC

1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 mois

78,-
60,-
LASILIX 40

Un comprimé le matin un sur deux pendant 1 mois

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 87

PHARMACIE EL HILAL
ZAKAIDI Selwa
77 Rue Al Bachir Laâlaj
Cité Plage aux Icônes Casablanca
0322259616 - ICE 001513736000014

092024256

