

## 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.

N° W21-804547 *16982✓*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10304</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>Veuve Herzouki Idrissi Mohamed</i>	
Nom & Prénom : <i>Veuve Herzouki Idrissi Mohamed</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>064 396 01 02</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin <i>Dr Belaïd</i> ORL et chirurgie cervico Chapabti 22A, Bd M'hamed 1er étage appt 5 Ain Soltan Tel: 05 22 72 33 11
	Cachet du médecin :
Date de consultation : <b>06/06/2023</b>	Nom et prénom du malade : <i>Herzouki Idrissi Ibtihal</i>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	<i>Rhinitis allergique.</i>
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>HERZOUKI</i>	
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 : *Casablanca* Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) : *JAC*



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARAJ CHABAB CASABLANCA Elie Chabab, Imm. 4A Mag N° 37 / 38 An Sebaa Bernoussi Casablanca Tél - 05 22 75 59 14</i>	26/06/23	169,00

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OIDF

# Dr. Loubna BELFAQUIR

- Spécialité en ORL (oto-rhino Laryngologie) et chirurgie cervico-faciale
- Surdité, acouphène, vertige
- Allergie ORL et ronflement
- Pathologie de la voix
- Ex. médecin à l'hôpital 20 Août à Casablanca



الدكتورة لبنى بلفقير

- أخصائية في أمراض وجراحة الأذن والأذن والحنجرة
- وجراحة الوجه والعنق
- تشخيص وعلاج اضطراب السمع، طنين الأذن، الدوخة
- علاج الحساسية والشخير
- اضطراب الصوت
- طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Enfants et adultes

للصغار والكبار

Casablanca, le :

06 / 06 / 23 .



84,00.

① Sterimarin

1 pnt/v x 5 j

/ 3 mois.

75,00

② Nazair

1 pnt/v x 2 j

/ 3 mois.

③ pomade HEC

1 pnt/v x 3 j

/ 1 semaine

P.P.V. : 10,10 DH

NB 9,10

PHARMACIE CHABAB CASA  
Chabab, Sarl au  
Ain Sebaâ Bernoussi Casablanca  
Tél. 05 22 75 59 14

Dr Belfaquir Loubna  
ORL Et Chirurgie cervico-faciale  
Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani Imm.  
Dr Belfaquir Appt N° 5 Ain Sebaâ Casablanca  
Tel: 05 22 73 34 12

Chabab C2A, Bd Mohamed Baamrani Imm. F4 - 1er Etage Appt. N° 5 Ain Sebaâ - Casablanca

: 05 22 73 34 12 - Urgences : 06 97 18 41 43 : dr.belfaquirloubna@gmail.com