

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-001606

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2091 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DIWA BENNAHAR
 Date de naissance : 2-3-57
 Adresse : 64, Rue Imam A. P. Horouine
 13 Etage Apt 1 - Dordif
 Tél. : 0662373031 Total des frais engagés : 519,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 31.10.2023
 Nom et prénom du malade : BELGHAZI DINA Age : 23.57
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 31/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
31.10 23	C2	2560	2560	Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif 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
31/10/23	379,70	
31/10/23	139,50	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G	B
25533412 00000000	21433552 00000000		
00000000 35533411	00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك 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 FFEISSM



الدكتور فوزي بلقاضي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
 و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
 و تقويم الدوار والصمك والشخير
 طبيب الجامعة الفرنسية للقطس
 و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

31/10/2023

Madame BELGNAOUI Dina

ZIVLOX 400 BOITE DE 7

1 comprimé par jour pendant 7 jours

AFLAMIC 15 MG

1 comprimé par jour au milieu du repas pendant 8 jours

PHYSIOMER EUCALYPTUS

2   3 pulverisations nasales par jour



LOT: M1036
 PER: 04/2025
 PPV: 113,20DH

ملغ 400

LOT: M0925
 PER: 12/2024
 PPV: 139,50DH

ملغ 400

LOT: M0925
 PER: 12/2024
 PPV: 139,50DH

Dr. BELQADI Fao
Sp cialiste O.R.L.
 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
 T l : 05 22 23 84 84 / 05 22 98 14 67

IMPORTER & DISTRIBUTOR:

S.A.C.

Bldg n°56 - Street 104

Maadi - Cairo

Registration n°

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية
104 - شارع 104 - 56 - بناية



BOTTU SA
PPC : 127 DH 00



3 564300 001046

LOT



10012375

2023-05

2026-04

CETU2004

CT21819A