

**RECOMMANDAT** **IS IN**  
**ACTIVER LES REMBL**

**À A LIRE POUR**  
**VITER LES REJETS**



199542

**Déclaration de Maladie**

M23- N° 0042400

**Conditions générales :**

- Le cadre réservé à l'adhérent : doit être en lui-même notamment la nature de la maladie.
- Le cadre réservé au médecin doit être de la première consultation.
- La validité de la feuille de soins : en médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
- L'entente préalable est exigée pour les extractions multiples, parodontiques, que pour tous les actes effectués.
- En cas d'accident, une déclaration et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

**Pharmacie :**

- Les vignettes des médicaments doivent être jointement jointes aux ordonnances.
- Les achats des médicaments à l'étranger, en l'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

**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 une fois par an.

**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

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

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 815 Société : Royal AIR MARA  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Barkaoui Barkaoui KABBoura  
Date de naissance : 01/01/1947  
Adresse : 86, rue Ahmed El Nejati, Casablanca  
Nouveau - 1ère étage - Casablanca  
Tél. : 0522237517 Total des frais engagés : 501,40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Dr. BELOADI Fouzi  
Spécialiste ORL - Maârif  
Ed. Bir Anzarane - 23 84 84  
Date de consultation : 07/03/2024  
Nom et prénom du malade : BARKAOUI KABBOURA Age : 77ans  
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 : Casablanca Le : 07/03/2024  
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
26.02 2.24	G	.	+ 259w = chr	Dr. BELQADI Frouzi Spécialiste O.R.L. 23 84 84 4 67

**Dr. BELQADJEBOUZI**  
Spécialiste O.R.L.  
Ed. Bir Anzerane - Maârif  
Tél.: 05 82 23 84 84  
05 82 95 14 87

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Pharmacien du fournisseur Pharmacie du Jura 129, Bis Rue Oussama Ben CASABLANCA 05 22 22 22 22	Date 26.07.24	Montant de la Facture 251.40

Pharmacie du Jura  
129, Bis Rue Oussama Benou Zaid  
CASABLANCA  
05 22 25 34

[illegible]

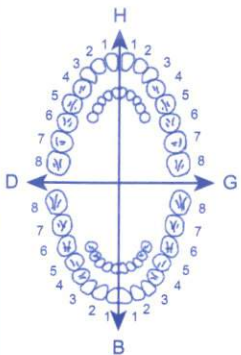
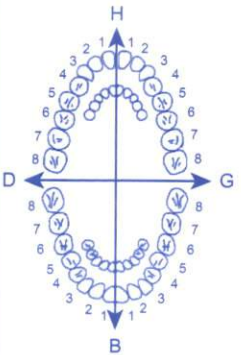
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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									
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>								
				Montants des Soins <input type="text"/>								
				Début d'exécution <input type="text"/>								
				Fin d'exécution <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montants des Soins <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
			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 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

H

25533412

00000000

21433552

00000000

00000000

35533411

00000000

11433553

D

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مك والشخير  
Centre Bi

LOT 224714  
EXP 11/24  
PPV 60DH90

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق و  
O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale  
ion 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  
وتقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للغطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE 26/02/2024

Madame BARKOUKI Kaboura

139.50  
LOVANIC 500 mg boîte de 10  
1 comprimé par jour pendant 10 jours

60.90  
AFLAMIC 7,5 MG  
1 comprimé par jour au milieu du repas pendant 8 jours.

18.16  
ANTIBIO SYNALAR GOUTTES AURICULAIRE  
10 gouttes 2 fois par jour dans l'oreille malade pendant 10 jours

37.90  
EXODERIL  
8 gouttes dans l'oreille 1 fois par jour pendant 10 jours.

251.40  
Dr. BELQADI Faouzi  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif  
Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

ANTIBIO SYNALAR