

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-576655

47607



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

815

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHADI ABDELLAH

Date de naissance :

18/01/1938

Adresse :

86 Rue A. Nejebi Dabous

Télé. :

0522 23 75 17

Total des frais engagés :

620,40 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

18/01/2020

02 NOV. 2020

Nom et prénom du malade :

ABARAKI EP SAIDI KAROUIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous préconfidentialité 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 :

ENZOURETTE

Le : 09/11/20

Signature de l'adhérent(e)

Omar

11 NOV. 2020

ACCUEIL

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
NOV. 2020			250	INP : INP : 091019448 Dr. BELOADI Faouzi <i>Spécialiste O.R.L.</i> 22 Bir Anzara - Maârif 22 84 84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
LA HABITATION PHARMACIE TELE RADI JUIN 2020	21/01/20	370,40

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 canalaires, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

مركز بيرأنزران لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقدير الدوار والصمك والشخير

Centre Bir Anzarane d'O.R.L et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration des Vertiges de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

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



CASABLANCA LE

الدكتور فوزي بلقاضي

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف

والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك

وتقدير الدوار والصمك والشخير

طبيب الجامعة الفرنسية للفطس

والرياضيات المثلثة

02/11/2020

Madame BARKOUKI EP SAIDI Kaboura

149,50 x 2

SPECTRUM 500 (boite de 20)

1 comprimé matin et soir pendant 10 jours



PPV 149.50DH
EXP 01/2023
200159

LOT 200159
EXP 01/2023
PPV 149.50DH
SPECTRUM

49,60

FELDENE 20 mg

1 comprimé par jour au milieu du repas
jours.

LOT. N° :
UT. AV. :
P.P.V:

944 T 2400
06 / 2024
49 DH 60

49,60

Feldene

91,80 x 2

POLYDEXA GOUTTES AURIC

10 gouttes dans l'oreille 2 fois par jour pendant 10 jour



2180



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