

## 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 :

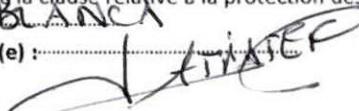
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° W19-425741

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique (15260)	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10876 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : FADILI ATI'ATE			
Date de naissance : 15/11/72			
Adresse : DES ALLA BLANC 1 MM FS16 LANHARZA			
ESLAHEL BIR DAI MA LOC			
Tél. : 0644 30 21 47 Total des frais engagés : 483,50 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. Khalid VOUSSEF Spécialiste en ORL			
Date de consultation : 09/12/2018			
Nom et prénom du malade : FADILI ATI'ATE Age : 47 Ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affect OPL			
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 : 05/12/2018  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/12/19	62	1	8014 Dr. Khalid Speciatise Clinique OR 198; 80 77 99 42 4	VOUS Avez PAYÉ en HOPITAL Beausejour Ghandi Fax: 0522 99 42 40

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 Mr. Bouzidbae Houcine 22 Bd. Ghzidi - Casablanca Tél: 0522 98 44 14	08.12.19	183,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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 PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		<hr/>			B		
H		G																													
25533412	21433552																														
00000000	00000000																														
<hr/>																															
D		G																													
00000000	00000000																														
35533411	11433553																														
<hr/>																															
B																															
				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"/>																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# مصحة بوسيجور

## CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA  
SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

le 09/12/19

Dr Khalid Youssefi

49,70

① Arix 500



en ml/ea de 4/5

65,00

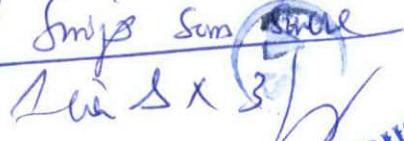
② oriphen 20 g



3 p. Compt en ml/ea de 4/5 / 15 jn

38,80

③ Muxol 5mls 500



1,183,50

PHARMACE BOZOUBAA  
Mr. Bouzoubaa Mouhssine  
283, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialité en ORL  
Clinique ORL Beausejour

198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40



PPV(DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

68,0  
B3

موكسول®  
بروكسل

MUXOL®  
Ambroxol



Solution buvable - 250 ml

6 118000080572