

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'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.

199311

M23- N° 0037963

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENNIS Rachid		
Date de naissance : 22 oct 1953		
Adresse : 29 Rue Abou Elwakil, Sanguine		
Tél. : 0661132962	Total des frais engagés : 442,40	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2024

Nom et prénom du malade : BENNIS RACHID Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection de RL

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 30V

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 : caser Le : 16/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



#### **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
16/3/24	Ca		30000	<p>Docteur EL HAMOUDI Spécialiste en ORL Clinique O.R.L Beauséjour 208 Bd. Chabri Casablanca N°PE : 001112102</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	le 16/03/24	142,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

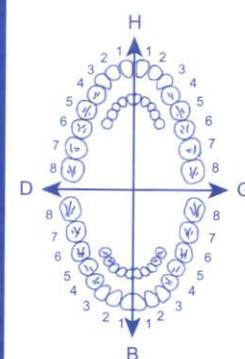
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>	25533412	21433552		00000000	00000000	<b>D</b>	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>B</b>			<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
<b>H</b>	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
<b>D</b>	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
<b>B</b>																	
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															

Docteur Fouad MEKOUAR  
Spécialiste en ORL  
Clinique O.R.L Beauséjour  
198 Bd. Grand - Casablanca  
INPE : 091112102

Casablanca, le

16/3/2024

Prie M. Abdelkrim de lui venir à la clinique  
d'accepter l'expression de ses sentiments distinguée et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

Coll. C.

S'élevant à la somme de

300 dh

Dhs

Docteur Fouad MEKOUAR  
Spécialiste en ORL  
Clinique O.R.L Beauséjour  
198 Bd. Grand - Casablanca  
INPE : 091112102

# مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSÉJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

*PHARMACIE LA RESISTANCE  
CASABLANCA  
37, Bd Med V - Casablanca  
Tél: 0522 30 30 82  
ICE n°: 002009033000061*

9' Benai

Madi

16/3/25

LOT : 6181  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 36 DH 40

36,00

1 k opad 2 =

36,00 40

34,00

Duxadol 90

26,00 x 21470



PPV 69DH00  
EXP 04/2025  
LOT 33013 5

69,00

IXOR 2 =

26,00 2

142,00

*Docteur Fouad MEKOUAR  
Spécialiste en ORL  
Clinique O.R.L Beauséjour  
198 Bd. Ghandi - Casablanca  
INPE: 091112102*