

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-526602

32788

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>07644</u>		Société : <u>retraite</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>EL KAHLAOUI SAID</u>
Nom & Prénom : <u>EL KAHLAOUI SAID</u>		Date de naissance : <u>09/01/1961</u>	
Adresse : <u>441 lot Bouches Sidi MAALOUF</u>		Tél. : <u>065 86671</u> Total des frais engagés : _____ Dhs	

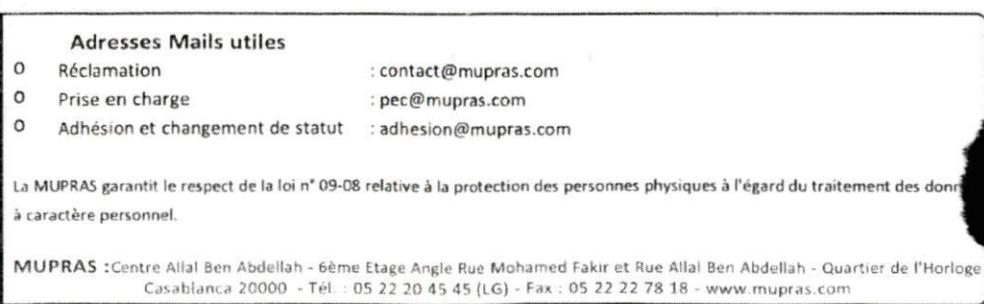
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Professeur MOKRIM B. OTORHINO LARYNGOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLOFACIALE 198, Bd. Ghandi - Casablanca Tél. : 022.99.42.41			
Date de consultation : <u>15/11/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL KAHLAOUI SAID</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Aprécie son nez</u>			
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 : El

Le : 03/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : El



### 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
03/07/2022	CG	196	0,00	INP : 091118871 DENTISTE M. MORIN GENEVIEVE Bd RUE DE LA VILLE 14 75001 PARIS Tél: 01 53 20 42 80

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PLESSIS EN FAYENNE	03/07/2022	14,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

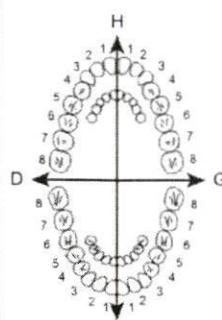
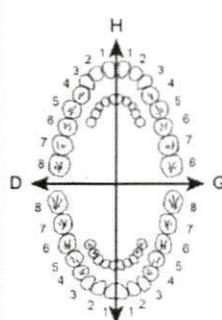
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	25533412 00000000	21433552 00000000	G	MONTANTS DES SOINS [ ]
	35533411	11433553	B	DATE DU DEVIS [ ]
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION [ ]
				

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

ELKAHCAWI  
Saïd

O3.07.2002

74.8  
~~Doliprane 15~~  
NS  
zqf 28/11/02

PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J993

مصحة بوسيجور  
PHARMACIE TRADITIONNELLE  
FOUDJASIR PHARMACEUTIQUE  
DOSSIER EN PHARMACIE  
N° 119 LOT AL ADENNA SAIDI MEDROUF  
Tél. 0522 38 82 75 Casablanca

Professeur MOKRIM B.  
OTORHINO-LARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
198, Bd. Ghandi Casablanca  
Tél.: 022.99.42.41