

# 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

- 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.

13/10/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : KTIRI Société : RPM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KTIRI AMINA

Date de naissance : 31.01.1958

Adresse : Résidence Attadloun, Rue 2 1MM 79

Apt N°1 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0666 93 96 26 Total des frais engagés : 1432,80 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : H. HAKANI

Rue 2, N°61 - 1er Etage KIP - HAKANI - 11 Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 05 04 72 39 14  
INPE: 91170670

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : KTIRI AMINA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HDP

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

Signature de l'adhérent(e) : KTIRI AMINA

Le : 25/10/2022

## 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
15/01/10	CSK ECC		150,00 100,00	Dr. Mehdi BEN AYAD Rue 2, N°61 - 1er Etage RPS Tél: 05 22 91 07 62 - INPE: 911

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> S.A.R.A.U 140 Lot Sidi Abdellah Lissafa Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07	25/10/2022	1182.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

## **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL) with numbers 1 through 8; Upper Right (UR) with numbers 1 through 8; Lower Left (LL) with numbers 1 through 8; and Lower Right (LR) with numbers 1 through 8. A central vertical line is labeled 'H' at the top, and a horizontal line is labeled 'B' at the bottom. The teeth are represented by small circles with numbers, and the lines indicate the midlines of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

71.447

114330225506 Dr. ben lejoun Mehdî Version 2.0.3.5 Sequen... #25930 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz



Casablanca, le : ..... 25/10/2022

Nom et Prénom : .....

KTIRI Amina

3x 154,70

ARTEMON 5/5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

2x 99,00

VEINOREINE

1 comprimé le matin, pendant 2 mois

132,00

DRAINASTIM

1 application, matin et soir

2x 15,30

VITAMINE C 1000

1 comprimé, matin et soir, pendant 2 BOITES

144,00

DOLIPRANE 500

1 comprimé, matin et soir

2x 79,70

AZIX 500

1 cp le premier jour puis 1/2 comprimé, pendant 6 jours

2x 69,00

DOCIVOX SIROP

1 cam matin et soir

34,00

OSMOSINE

1 sachet matin et soir

12,00

CONTALAX

1 comprimé la soir

1:1

COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH

PPC: 132,00 DH

PHARMACIE SARANA 2  
SARANA 2  
140 Lot SARANA 2  
Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

PHARMACIE SARANA 2  
SARANA 2  
140 Lot SARANA 2  
Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

رقة 2 رقم 55 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الأشرفية - التاریخ : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

12130

EXP:

PPV:

154170

LOT: 210575  
DLUD: 10/2024  
69.000H



PPV: 14DH40  
PER: 05/25  
LOT: L1881

PPV: 79DH70  
PER: 01/25  
LOT: L109

LOTN:  
EXP:  
PPV:

154170

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L109



PPV  
34DH00

**Vita C1000°**

PPV 15DH30  
EXP 12/2024  
LOT 10061 23

**Vita C1000°**

PPV 15DH30  
EXP 12/2024  
LOT 10061 23

EXP: 154170  
PPV:

LOT: 220170  
DLUD: 02/2025  
69.000H

