

# 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

- 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.

M23-014182

180913

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1786 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B A H L O U R I Khaadija

Date de naissance : 14/10/53

Adresse : 4 Rue Mohamed El Hayani France Ville 2

Tél. : 0662.014.292 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2023

Nom et prénom du malade : B A H L O U R I, K H A D I J A Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dental

Dentist

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : 26/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
26/10/23	Examen dentaire	1	100,00	DR. M. BOUJEN

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Tawhira BEL ABBIB - S. Dr. en Pharmacie Rue Lamine Franco Ville II Fax: 02.38.34 - Casablanca	26/10/23	176,50

INPE:092036401

### ANALYSES - RADIographies

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

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate the direction of treatment: H (top left), G (top right), D (bottom left),				

*Abdeltah Bennani*  
Docteur en chirurgie dentaire

Diplômé de l'université Paul Sabatier Toulouse

Diplôme universitaire d'occlusodontie et prothèses (Toulouse)

Diplôme universitaire de chirurgie et prothèse implantologique (Paris)

Diplôme universitaire de prothèse adjointe complète (Toulouse)

Diplôme universitaire d'Implantologie basale (Nice)

Master en Implantologie et réhabilitation orale (Bruxelles)

Casablanca, le : 26/10/2023

Rahoufi Khadija

76,50  
- Nac Gébie   
14P 2g Bg

176,50

Ex 141,00  
- Diplôme   
2B6S  
14P 3S

72,00  
- kin Bg 

**CENTRE DENTAIRE BENNANI**

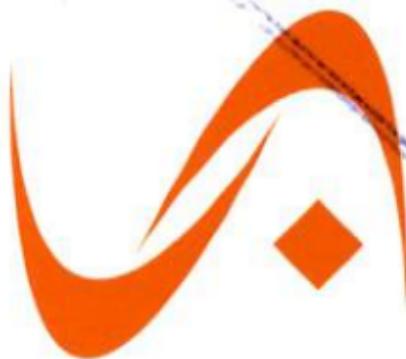
19 Bis, Bd IBN SINA - Casablanca - Tél. : 0522 94 04 04 - GSM. : 0661.43.77.78 / 0661.68.15.16  
www.maroc-implants.com - contact@maroc-implants.com

# Nalgesic®

Fénoprofène

**300 mg**

36 Comprimés pelliculés  
Voie orale



LOT N° 30020 1  
EXP 12 2025  
PPV 76.50

سوطاما  
Sotema

# Doliprane®

## Paracétamol 1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPV: 14DH00

PER: 07/26

LOT: M2373

# Doliprane®

## Paracétamol 1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPV: 14DH00

PER: 07/26

LOT: M2373

# KIN

## Gingival

# KIN

Gingival

### Gums Gencives

0.12%

Chlorhexidine DG  
Fluoride

● ● ●  
INTENSIVE CARE  
SOIN INTENSIF

0% Alcohol  
0% Alcool

Mint flavour  
Goût menthe

Mouthwash  
Bain de bouche

250 ml



**IMPORTADO Y DISTRIBUIDO EN MEXICO POR:**  
INDUSTRIA FARMACEUTICA ANDROMACO S.A. DE C.V.  
CAMINO A VILLA CUAUTÉMOC S/N, NAVE A DEL LOTE  
NÚMERO 5 DE LA MANZANA B, COL. SEGUNDA AMPLIACIÓN  
PARQUE INDUSTRIAL TOLUCA 2000, 50200, TOLUCA,  
ESTADO DE MEXICO

FABRICADO POR / MANUFACTURED BY / FABRIQUÉ PAR :



LABORATORIOS KIN S.A.

DIAGONAL, 200 - 08018 BARCELONA - SPAIN

WWW.KIN.ES / E-MAIL: KIN@KIN.ES

PHARM. TECH. DIR.: M. EMBID

MADE IN SPAIN - HECHO EN ESPAÑA



B- 72 00