

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6638

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELKHALFI ELNESTAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 0661 066938

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

~~Dr. ELMACHTANI IDRISI  
LAIA FATIMA  
Chirurgien Dentiste  
4, Rue 15 Mai Aïnigrit - Casa  
Tel.: 05 22 21 44 83~~

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2024

Nom et prénom du malade : ELKHALFI ELMESTAPHA

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Sains Dentaire

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/04/2024

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
	22/03 24	42,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H G	2 6 OB(cp)	D <sub>10</sub>	300	D <sub>30</sub>
	D G	3 5 OB(cp)	D <sub>10</sub>	350	MONTANTS DES SOINS
	B G	3 6 OB(cp)	D <sub>10</sub>	350	1000DH
					DEBUT D'EXECUTION
					22/03/24
					FIN D'EXECUTION
					01/04/24
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Montant des Honoraires

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

Docteur El MACHTANI IDRISI  
LALLA FATIMA  
Chirurgien Dentiste

Bd. INZEGANE Rue 15 N°4  
ANIGRIT - Casa  
Tél.: 05.22.21.44.83



الدكتورة المشطاني الإدريسي  
لالة فاطمة  
طبيبة جراحة للأسنان  
شارع إنزكان الزنقة 15 الرقم 4  
حي الرميلة - الدار البيضاء  
05.22.21.44.83  
الهاتف

Casablanca, le : 22/03/2021 ..... الدار البيضاء في :

ELKHALFI ELMESTAPHA

42,60

1/ CATAFLAM 50 mg

S.V

2/ j ARS

Dr. ELMACHTANI IDRISI  
LALLA FATIMA  
Chirurgien Dentiste  
4, Rue 15 Hay Anigrat - Casa  
Tél.: 05 22 21 44 83



NOVARTIS  
LOT : M23113-RP  
EXP : AOU 2026  
PPV : 42,60 DH



*Near EL MACHTANI IDRISI*

*Lalla Fatima*

*Chirurgien Dentiste*

*Bd. INZEGANE Rue 15, N°4  
ANIGRIT - Casa  
Tél.: 05 22 21 44 83*



**الدكتورة المشطاني الإدريسي  
الله فاطمة**

**طبيبة جراحة للأسنان**

**شارع إنزكان، الزنقة 15، الرقم 4  
حي الرميلة - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 21 44 83**

*Casablanca, le : 01/04/2021  
الدار البيضاء، في :*

## **FACTURE**

**Nom & Prénom de l'adhérent : EL KHALFI EL MASTAFHA**

*Dr. ELMACHTANI IDRISI  
LALLA FATIMA  
Chirurgien Dentiste  
4, Rue 15 Hay Anigrat - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 44 83*

**Nom du bénéficiaire : Même**

**Nature des Soins : Soins Dentaires**

**Montant des honoraires : 1000,00 DH (mille  
dirhams)**

*Dr. ELMACHTANI IDRISI  
LALLA FATIMA  
Chirurgien Dentiste  
4, Rue 15 Hay Anigrat - Casa  
Tél.: 05 22 21 44 83*