

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014842

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 FARISS

Société : RAM MI 05918

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARISS MOHAMED Date de naissance : 12.07.1961

Adresse : 239, Rue TAZARINE CASA

Tél. : 06 06 51 12 12 Total des frais engagés : 441 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEMMOUNI Khadija  
Chirurgien Dentiste  
144, Rue Ksima INEZGANE  
Tel. 0528 834 588

Date de consultation : 08/09/2019

Nom et prénom du malade : LOTFI Aicha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Amé dentaire

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 : 02.09.2019 CASA

Le : 02.09.2019

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/19	147,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

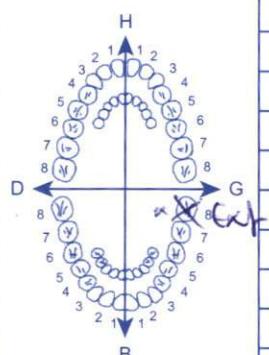
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 céphalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

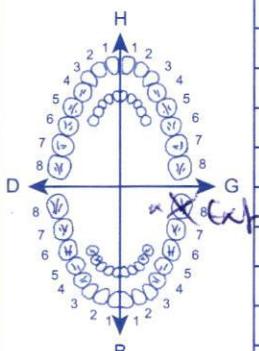
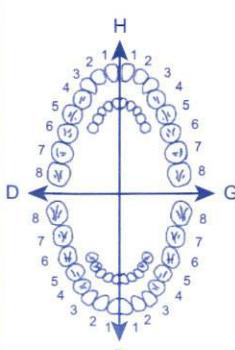
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	138	ext	D8												
<p><b>Dr. SEMMOUNI Khadija</b> Chirurgien Dentiste 144, Rue Ksima NEZGANE Tel: 0528 834 588</p>															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX D8															
MONTANTS DES SOINS 300,00															
DEBUT D'EXECUTION 09/09/19															
FIN D'EXECUTION 09/09/19															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
<p><b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b></p> <p><b>Dr. SEMMOUNI Khadija</b> Chirurgien Dentiste 144, Rue Ksima NEZGANE Tel: 0528 834 588</p>															

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	V38	ext	D8	
<p><b>Dr. SEMMOUNI Khadija</b>  <del>Chirurgien Dentiste</del>  144, Rue Ksima INEZGANE  TEL. 0528 834 588</p>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D8</b>				
MONTANTS DES SOINS <b>300,00 DH</b>				
DEBUT D'EXECUTION <b>09/09/18</b>				
FIN D'EXECUTION <b>09/09/18</b>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. SEMMOUNI Khadija**  
~~Chirurgien Dentiste~~  
144, Rue Ksima INEZGANE  
TEL. 0528 834 588

**Dr. Semmouni Khadija**  
Chirurgien Dentiste

144, Rue Ksima - Inezgane  
Tél : 0528 834 588

للدكتورة سمونى خديجة  
طبيبة جراحة للأسنان

زنقة كسيمة 144 - إنزكان  
0528 834 588 : الهاتف

Inezgane le : 02/09/18

INPE: 044184786

Patente : 49300496

IF : 52812862

ICE : 009123826000091

Patente : M-Lotfi Aïcha.

opération : Dg

Montant: 300,00 DH (Trois cent Dirhams)

**Dr. SEMMOUNI Khadija**  
Chirurgien Dentiste  
144, Rue Ksima - INEZGANE  
Tel: 0528 834 588

03 OCT. 2019

BBF/FS

Inezgane le : 09/09/179



Mme Lotfi Aïcha:

14, no ① Amoxic 1g cp: 1b  
1 cp x 2/j pdt 7/j



14, no ② Doliprane 1000 cp: 1b  
1 cp x 3/j en cas de douleur.



14, no ③ Endolil B. B. 1fl  
En vaporisateur dilué 2x/j. pdt 8/j.  
A diluer le tout le soir.



14, no ④ Propolis Biot (spray): 1fl  
3x/j. pdt 8/j.



14, no

Dr. SEMMOUNI Khadija  
Chirurgien Dentiste  
144, Rue Ksima INEZGANE  
Tel. 0528 834 588

# الود ديل®

كلور بيكسيدين - كلوروبوتانول

محلول لغسل الفم



ELUDRIL  
SOLUTION 90 ML

P.P.V : 170H70  
6 1180000 010548  
LOT : 9MA085  
PER.: 02 2022

قارورة من فئة 90 مل مزودة بكوب - مقاييس

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

PPV : 55,00 DH  
LOT : 615255  
PER : 12/20

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles

6 118000 160038

Persons allergic to honey and pollen, or  
any other component of this product.  
Children under 6 years.

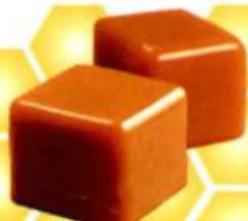
PROPOLIS ORL BIO

LOT : 13JP005  
PER : 01.2022  
PPV : 55.00 DH

PROPOLIS ORL BIO

6 119879 854370

Huiles  
Essentielles



15 ml