

# 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fikri 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0029585 **143755**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8091** Société : **RAM**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **DEROUAL ABDELLATIF**  
 Date de naissance : **03/01/1961**  
 Adresse : **MANAZIL DEROUA 2 NO 146**  
**DEROUA**  
 Tél. : **06 66 54 42 89** Total des frais engagés : **1161,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09/12/2022**  
 Nom et prénom du malade : **DEROUAL ABDELLATIF** Age : **61 ans**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **SOINS DENTAIRES**  
 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 : **DEROUA**

Le : **04/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

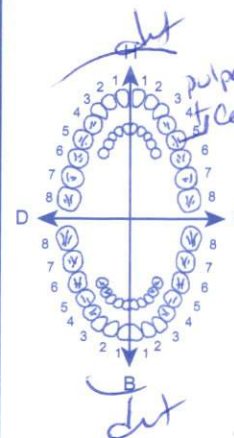
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



Consultation D6  
(Abéc de 25)

25 pulpectomie D15

25 Compose D10

Detartrage D12  
(cavité 1)

Detartrage D12  
(cavité 2)

D55

#1000,-

09/12/2022

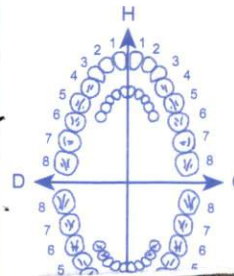
30/12/2022

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : 09/12/2024

Zebrane Amguati

102.00  
1/1

Birodogyl



LOT : 22E004  
PER.: 12/2024

BIRODOGYL  
CP PEL 815

P.P.V : 102DH00



59.30  
2/1

Bloxin



1cp 3x1 pt Si

1cp 2x1 pt 2i

pur 1cp 1 + 2i

LOT : 22003  
PER : 07/2025  
PPV : 59DH30

101.30

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
 Bloc 1 au Darouda  
 Tél : 05 22 53 20 83

**Dr TAHIRI HASSANI Badr**  
 Chirurgien Dentiste  
 Lotissement EL WAHDA I n° 40, 1er étage  
 Deroua - Tél : 0522.53.22.32

Rey/re 61.30



# FACTURE N° 261/22

Nom et Prénom du médecin dentiste : Docteur TAHIRI HASSANI BADR


N° de INPE : 094001716

N° de ICE : 001766966000010

N° de IF : 40112310

Bénéficiaire : Feroud ABDELATIF

Date : 30/12/22

الاسنان المعالجة Dents Traitées	رمز العلاجات Valeur Clé	تاريخ العلاجات Date des actes	معدل العلاجات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة العمل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant Facturé	توقيع وطابع طبيب الاسنان Signature et cachet du médecin dentaire
Quintessence	25	09/12/22	D6		100,-	
26	25	19/12/22	D16		200,-	
26	25	23/12/22	D10		200,-	
26	25	28/12/22	D12		200,-	
26	25	30/12/22	D12		200,-	

Montant Global : 1000,-

Mode De paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

Adresse : LOT EL WAHDA (1) N° 40 1<sup>er</sup> ETAGE DEROUA

Téléphone : 05 22 53 22 32

Fax : 05 22 53 22 32

Signature et cachet