

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



Déclaration de Maladie  
N° M21- 081380

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3954 Société : RAM 144 828  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAOUN TAIRA  
 Date de naissance : 19-04-64  
 Adresse : RAM Place des Nations Unies  
 Casablanca  
 Tél : 0662 763 157 Total des frais engagés : 158,22 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature and Stamp]  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : TAIRA MAOUN Age : 58  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : soins de (g17/17+06)  
 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 : R AC Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
	29/12/22	258,80

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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													
	17	RVG	3	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>40</b></p> <p>MONTANTS DES SOINS <b>1300 dh</b></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <b>29/12/2022</b></p>												
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Casablanca, le

29/12/2022

الدار البيضاء في

PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. des F.A.R. - Casablanca  
Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 03

Le Laboratoire

1) Surgam 200 (II boites)  
2 fois / j 1, 0, 1.

55.00  
x2

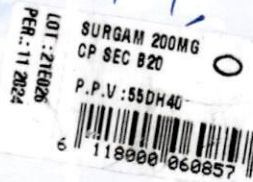
2) Saphir 1g.  
1 fois / j 1, 0, 1.

116.00

3) Maalox.  
2 fois / j 1, 0, 1.

32.00

258.80



PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. des F.A.R. - Casablanca  
Tél : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 03

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.T.  
Ann Sebba 20250 - Casablanca  
MAALOX 460 mg sachets  
Bte de 20  
PPV : 32.00DH



PPV: 116DH00  
PER: 04-25  
LOT: L 1056



# NOTE d'honoraires

Nom et prénom du médecin dentiste : Kadi

Nom et prénom du Malade : MAADOU N. A HRA

N° de L'INPE : 094009529

N° de L'ICE: 001636763000017

N° de L'IF : 40410603

Date

29/12/2019

أسنان معالجة Dents trakées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
17TD+06	D5			1300		
RVG	D5					

Montant global : 1300 mm

Mode de paiement

☐ Espèces

☒ Chèque

Signature et cachet

Adresse : 665, Résidence AL AKHAWAYNE A - Angle Bd Bordeaux et Bd Goulmima  
2ème Etage N° 24 Bourgogne- Casablanca  
Téléphone: 05 22 47 55 16 - E-mail: koszonomdr@gmail.com

Chart No:

Nom:maoune tahra

Sexe:Mâle Age:

2022-12-29 12:47



70[kV] 2[mA] 0mGy\*cm^2 Sensor 2022-12-29

Nom de la clinique:  
Adresse:

Médecin traitant:dr kadi  
Coordonnées:

Chart No:

Nom:maoune tahra

Sexe:Mâle Age:

2022-12-29 12:47



70[kV] 2[mA] 0mGy\*cm<sup>2</sup> Sensor 2022-12-26

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:dr kadi

Coordonnées: