

## 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

- Reclamation : 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-000925

159704

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARTE Mohammadi

Date de naissance : 28/12/51

Adresse : 67 GYNNER Rue 5 NEF OASIS CASABLANCA

Tél. : 0661419162 Total des frais engagés : 297,52 €

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/23

Nom et prénom du malade : Ghannam Mohammed Age : 72

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Problème d'urologie

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 : 14 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>
14/04/83	C - S		G	<p><b>Docteur Adil OUZZANI</b> <b>Urologue et Andrologue</b> 22 Bd. Yacoub EL MANSOURI N° 42 - Casablanca</p>

Docteur Adil OUZZA  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
22, Bd. Yacoub EL Mansour  
Bureau N° 42 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DES CHANTIERS</b> Florence CHENARD 782713903 43 rue des Etats Généraux 78000 VERSAILLES Tél: 01 39 50 28 81	26/4/2023	227,52 €

**PHARMACIE DES CHANTIERS**  
Florence CHENARD  
782713903  
43 rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
Tél: 01 39 50 28 81

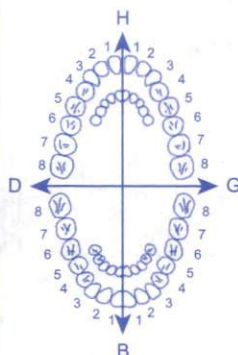
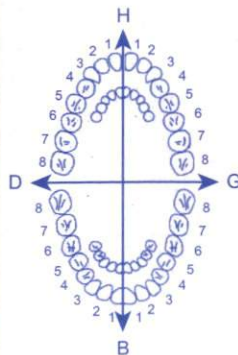
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are represented by circles, each containing a number from 1 to 8. The numbering is symmetrical: the central incisors are 1, the lateral incisors are 2, the canines are 3, the first premolars are 4, the second premolars are 5, the first molars are 6, the second molars are 7, and the third molars (wisdom teeth) are 8. A vertical line with an arrow at the top points to the center of the arch, labeled 'H'. A vertical line with an arrow at the bottom points to the center of the arch, labeled 'B'. A horizontal line with arrows at both ends passes through the center of the arch, labeled 'D' on the left and 'G' on the right.

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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur Adil OUZZANE**

**Chirurgien Urologue - Andrologue**

Ex. Enseignant chercheur à la faculté  
de médecine de Lille (France)  
Ancien Chef de Clinique et Praticien  
Hospitalier au CHU de Lille  
Membre des Associations Française  
et Européenne d'Urologie



**بروفيسور عادل وزان**

**أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية**

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب

بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية

بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأوروبية

لجراحة المسالك البولية

**Casablanca le : 14/04/2023**

**MR GHAMMARTE MOHAMMADI**

**- EDEX 20 microgrammes 1 ml**  
**3 mois 2 / semaines**

**PHARMACIE DES CHANTIERS**  
Florence CHENARD  
782713903  
43 rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
Tél: 01 39 50 28 81



QTE DESIGNATION CIP PRIX/UNITÉ BASES HD TXSS  
12 EDEX 20MG/1ML C 3400934318580 17,60 0  
ART 2 DUS: 12 Ordo: 113465  
1 HDR Honor. dispens. 0,51 0  
1 HDR Honor. dispens. 3,57 0  
HDE  
MONTANT TOTAL : 227,52  
MONTANT AHC : 0,00  
MONTANT ASSURE : 227,52  
Les montants avant application de la réduction de la tranche de la L. 322-2 du code de la sécurité sociale et du relèvement des prestations.

**Docteur Adil OUZZANE**  
**Chirurgien Urologue et Andrologue**  
**Bureau N° 42 - Casablanca**  
**22, Bd Yacoub El Mansour**

22, Bd Yacoub El Mansour (5<sup>ème</sup> étage), Bureau N° 42, Maarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور، الطابق 5، المكتب 42، الماريف، الدار البيضاء

Tél: **05 22 23 84 73** - WhatsApp: **07 00 91 35 95**

E-mail : [contact@urologiecasablanca.ma](mailto:contact@urologiecasablanca.ma) - Site Web : [www.urologiecasablanca.ma](http://www.urologiecasablanca.ma)



PHARMACIE DES CHANTIERS  
Florence CHENARD  
43 RUE DES ETATS GENERAUX  
78000 VERSAILLES  
FRANCE  
Tel: 0139502881  
N° SIRET: 81014964100013  
Code NAF: 4773Z - FR57810149641

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°2842/102949

Du 26/04/2023

Date de l'échéance 27/04/2023

GHAMMARTE Mohammadi  
78000 VERSAILLES

Prescripteur : MEDECIN ETRANGER \*  
Opérateur: \_ S

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
EDEX 20MCG/1ML CART 2 3400934318580 N° Ordonnancier : 113465	PH4	0	12	17,238	2,10%	206,86
Honor. dispens. HD4	HD4	0	12	0,999	2,10%	11,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
222,84	2,1% (4)	4,68	227,52
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
222,84		4,68	227,52

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	227,52

Mode(s) de règlement	
Espèces	227,52

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Acquitté

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

PHARMACIE DES CHANTIERS  
Florence CHENARD  
782713903  
43 rue des Etats Généraux  
78000 VERSAILLES  
Tél: 01 39 50 28 81

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1