

# 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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071761

16 8679

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.A. 71561 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABBAR DRIS

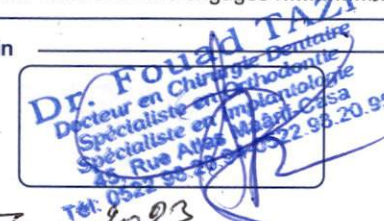
Date de naissance : 21-7-1945

Adresse : Angle Rue DES PELICANS, Rue DES PLATANES, CASIS CASABLANCA

Tél. : 05 22 20 45 42 Total des frais engagés : 175 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7/7/2023

Nom et prénom du malade : JABBAR DRIS Age : 78

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

Nature de la maladie : consultation

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 : Le : 7/7/2023

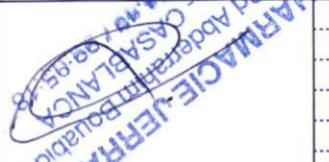
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29/06/23	consultation	quatre		
07/07/23	consultation	quatre		

29/06/23 consultation gratuite  
07/07/23 consultation gratuite

**Dr. Fouad TAZI**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Maarif Casa  
0522 98.20.94-0522 98.20.95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/23	175.00

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

07/07/23

175.00

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

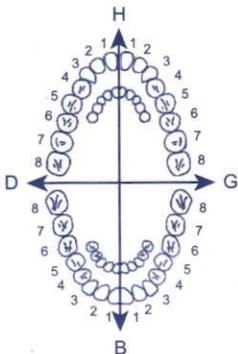
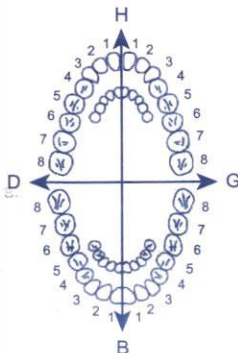
### Montant détaillé des Honoraires

## 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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>								
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000    00000000                      35533411    11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000    00000000 35533411    11433553		<b>B</b>	
	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000											
	<b>D</b>	<b>G</b>										
	00000000    00000000 35533411    11433553											
	<b>B</b>											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Implantologie & Orthodontie  
Diplômé de la FMDM



## الدكتور فؤاد التازي

طبيب اختصاصي في جراحة الفم و الأسنان  
إختصاصي في زرع و تقويم الأسنان  
للصغار و الكبار

Casablanca le : 07/07/23.....

Nom : Mr JABBAR DRISS

126.30

1 / augmentin 1 g



1 sachet 2 fois par jour pendant 6 jours

2 / SOLUPRED 20 mg

18.70

3 comprimés le matin pendant 4 jours.

175.00

Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Maârif-Casa  
Tél: 0522 98 20 94 - 0522 98 20 95



# Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire

Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



## الدكتور فؤاد التازي

طبيب اختصاصي في جراحة الفم و الأسنان  
إختصاصي في زرع و تقويم الأسنان  
للصغار و الكبار

Casablanca le : 19/06/23

Nom : Mr JABBAR DRISS

1 / amoxil 1g

55.00

1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 jours

PHARMACIE JERRADA

61, Bd Abderrahim Bouabid

Oasis - CASABLANCA

Tél: 22.59.48 / 05.99.19

Dr. Fouad TAZI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Maârif-Casa  
Tél: 0522 98.20.94 - 0522 98.20.95

