

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 radi-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Bazi David

Date de naissance : 17.03.1952

Adresse : 17. Azerour - Rond Doha n° 26

Tél. : 0522 391697 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Fouad TAZI**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste en Orthodontie  
Spécialiste en Implantologie  
45, Rue Atlas Marrakech  
Tél : 0522 98.20.94-0522.98.20.95

Date de consultation : 13.02.2014

Nom et prénom du malade : M<sup>e</sup> El Bazi Regina Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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'atte médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je c avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-836313

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Deutste Re

Matricule : 2055

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 20.00

200.00

36.40

# 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
	13.02.2024	82,00
	13.02.2024	36,00

## 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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVA
					D S
					MONTANT DES SOIN:
					200,00
					DEBUT D'EXECUTI:
					13/02/24
					FIN D'EXECUTI:
					13/02/24

*consultation Loopoth*

*Dr. FOYER Dentiste en Chirurgie Dentaire Spécialiste en Prothodontie Spécialiste en Implantologie 55, Rue Anne de Bretagne 35229 Rennes Tél: 02 22 98 20 95*

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553
	Coefficient DES TRAVA
	MONTANT DES SOIN:
	DATE DU DEVIS:
	DATE DE L'EXECUTI:

**[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Montant des Honoraires

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC**

# Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire

Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



# الدكتور فؤاد التازي

طبيب انتشاري في جراحة الفم والأسنان

اختصاصي في زرع و تقويم الأسنان

للصغار والكبار

13/02/24  
Casablanca le :

Nom : Me EL BAZI REGINA

51,40  
1 / amoxil 1g



LOT 231505 1  
EXP 04 2026  
PPV 30.60

1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 jours

30,10  
2 / Nalgesic



1 comprimé 3 fois par jour pendant 4 jours.

PPV: 51,40 DH  
LOT: 653229  
PER: 07/2025

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



45, Rue Atlas, 2<sup>ème</sup> Etage, Maârif, (Au dessus de la COLOMBE D'OR)  
Casablanca - Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95

# Pharmacie SIDI EL KHADIR - Casablanca

Omar El Fidaoui

0522913046

1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY HASSANI , CASABLANCA



Facture N° 20240213-558

Date de vente : 13/02/2024

Médecin traitant :

Mme EL BAZI REGINA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KOPRED CO 20MG B20 COMP EFFER	1	36,40	Exonéré (0.00%)	36,40

Total HT	36,40 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>36,40 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : trente-six DHS et quarante centimes



IF : 51427250 TP : 35005980 RC : 209632 ICE : 001680945000009  
Tel : 0522913046 RIB : 19078021211192043000155  
Adresse : 1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY HASSANI , CASABLANCA