

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.n.mupras.com](http://www.n.mupras.com)



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

Devra pour accord

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0035463.

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☒ Autre : C

Nom & Prénom : MANSOUR Ahmed

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : Lissasfa Lot Agence urbain N° 46  
CASA

Tél. : 0660113067

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHATER MOUSTAFA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
218 Bd. El Khalil Hay Moulay Abdellah  
Ag Chock - Tél: 05 40 11 26 3

Date de consultation : 13/11/2013

Nom et prénom du malade : Mansour Naïk

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22 / 11 / 19

ACCUEIL

MUPRAS  
20 NOV. 2019  
ACCUEIL

MUPRAS  
7 JAN 2020  
ACCUEIL



# 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
Centre de Radiologie B.P. 0101 - Aïn Chock Alger - 20200 Tél: 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 04 93	07.11.19	REKANO MOL PROT	200,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

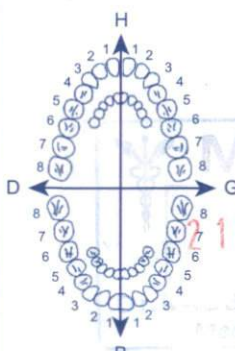
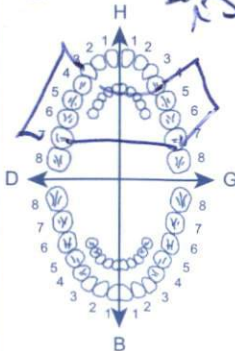
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td>H</td><td>25600412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>			H	25600412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25600412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


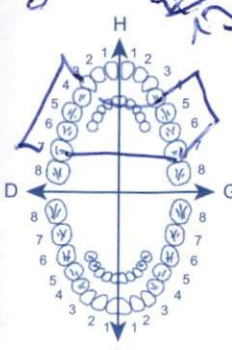
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# 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 <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>255994112</td> <td>21423552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		255994112	21423552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	255994112	21423552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
(Additional handwritten notes and stamps)			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
(Additional handwritten notes and stamps)																				
(Additional handwritten notes and stamps)																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHATER MOSSAFA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
218 Bd. El Khalil Ray Moulay Abdellah  
Ain Chock - Tél.: 05 44 11 26 13

Dr. CHATER MOSSAFA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
218 Bd. El Khalil Ray Moulay Abdellah  
Ain Chock - Tél.: 05 44 11 26 13



DR CHATER MOSTAFA  
CHIRURGIEN DENTISTE

218, Bd El Khalil hay Mly Abdellah  
Casablanca - Tél : 05 40 11 26 13



Dr CHATER MOSSTAF  
CHIRURGIEN DENTISTE



Le : 2 Mars 2013  
Mme, Mr MANSOUR MALIKA

Fracture

a effect - 2 dents sur l'arc  
de (dents - 11 m) 800  
FCE : 00.000 317 10000.0034

IF : 143 66732

Dr. CHATER MOSSTAF  
CHIRURGIEN DENTISTE  
218 Bd. El Khalil Hay Moulay Abdellah

218, Bd El Khalil Hay Mly Abdellah - Casablanca

Tél : 05 40 11 26 13

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 07/01/2020

## FACTURE N°00331/2020

NOM & PRENOM: CHALOUH MALIKA

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE AVEC PROTHESE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 0522 93 04 93 - Fax: 0522 93 563

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)

**DR CHATER MOSTAFA**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**

218, Bd El Khalil hay mly abdellah  
Casablanca - Tél : 05 40 11 26 13



**Dr CHATER MOSTAFA**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**

218 Bd El Khalil Hay Moulay Abdellah  
Ain chock - Tél:05 40 11 26 13



Le : 31 12 2013

Mme, Mr *Slansour Malika*

**Rx : Panoramique**  
**Après**

Centre de Radiologie  
Bd Oum Rabia - Ave 19 07 2  
Casablanca - 2020  
Tél 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 04 93

Dr. CHATER MOSTAFA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
218 Bd. El Khalil Hay Moulay Abdellah  
Ain Chock - Tél - 05 40 11 26 13

**218, Bd El Khalil hay mly abdellah - Casablanca**  
**Tél : 05 40 11 26 13**

**Docteur Fatiha LASRI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Artculaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 07/01/2020

PATIENT : CHALOUH MALIKA  
MEDECIN TRAITANT : DR. CHATER Mostafa  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX. PANORAMIQUE DENTAIRE  
AVEC PROTHESE

- Prothèse métallique maxillaire en place.
- Extractions dentaires multiples.
- Soins dentaires.
- Alvéolyse péri apicale du secteur 3.
- Résorption de l'os alvéolaire.
- Procidence du plancher des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

*Confraternellement.*  
**DR EL MDARI BOUCHAIB**

z.r\*b

*Centre de Radiologie El Oulfa*  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 2020  
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37