

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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)

Matricule : 5975

Société : Ram

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LARABI Moulay Tadjeb

Date de naissance : 15/05/1964

Adresse : cite plateau immense 86 à Apt 11 Casa.

Tél : 0670934689

Total des frais engagés : 1150 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Mâani
05.22.20.56.29 - CASABLANCA

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LARABI SARA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le dossier confidentiel à l'attention 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 : 08/01/2020 à Casa.

Le : 13/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-473660

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5975

Nom de l'adhérent(e) : LARABI

Total des frais engagés : 1150 DH

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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
	16/10/19	RADIO PANORAMIQUE	250,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

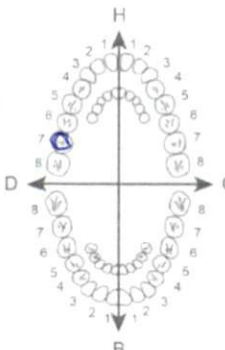
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OT

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0914010154																
	17	Turcst Rx	35 3	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>38</u> MONTANTS DES SOINS <u>900,-</u> DEBUT D'EXECUTION <u>16/10/2019</u> FIN D'EXECUTION <u>18/10/19</u>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>D</td><td></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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
G																				
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Mâani
Tel: 05.22.20.56.29 - CASABLANCA

DR. Taji Mohamed
Chirurgien dentiste

Diplome d'orthopedie dento-faciale (Dijon)
Diplome de biomaterieux et systemes
implantaire (Bordeaux).
Diplome de radiologie dentaire et
maxilo faciale.
Diplome de managment du cabinet dentaire.



د. تاجي محمد
طبيب جراحي للأسنان

دبلوم تقويم الأسنان بديجون (فرنسا).
دبلوم زرع الأسنان ببوردو (فرنسا).
دبلوم التصوير بالأشعة الراديولوجي للأسنان.
دبلوم تسيير عيادة طب الأسنان.

Casablanca, le 10/01/2020

FACTURE N° 5-F-2020

Patient(e): LARABI Sara

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
RADIO PANORAMIQUE		250
TOTAL		250,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Deux cent cinquante MAD

Signature du Praticien

Signature du Patient

291، زنقة مصطفى المعاني الدار البيضاء، الطابق الثاني، الهاتف: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03
الضريبة المهنية: 34202234 - الضريبة المضافة: 43803105 - الضمان الاجتماعي: 001687442000063

291, Rue Musatapha El Maani - Casablanca - Tél: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03 - E-mail: d.m.taji@gmail.com
Patente: 34202234 - IF: 43803105 - CNSS: - ICE: 001687442000063

DR. TAJI MOHAMED
Chirurgien dentiste

Diplome d'orthopedie dento-facile (Dijon)
Diplome de biomaterieux et systemes
implantaire (Bordeaux).
Diplome de radiologie dentaire et
maxilo faciale.
Diplome de managment du cabinet dentaire.



د. تاجي محمد
طبيب جراحي للأسنان

دبلوم تقويم الأسنان بديجون (فرنسا).
دبلوم زرع الأسنان ببوردو (فرنسا).
دبلوم التصوير بالأشعة الراديولوجي للأسنان.
دبلوم تسيير عيادة طب الأسنان.

Casablanca, le 10/01/2020

FACTURE N° 6-F-2020

Patient(e): LARABI Sara

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
OBTURATION 3 CANAUX	17	900
TOTAL		900,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Neuf cent MAD

Signature du Praticien

Signature du Patient

291, زنقة مصطفى المعاني الدار البيضاء، الطابق الثاني، الهاتف: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03
الضريبة المهنية: 34202234 - الضريبة المضافة: 43803105 - الضمان الإجتماعي: 001687442000063

291, Rue Musatapha El Maani - Casablanca - Tél: 05 22 20 56 29 / 05 22 26 74 03 - E-mail: d.m.taji@gmail.com
Patente: 34202234 - IF: 43803105 - CNSS: - ICE: 001687442000063



Diplome d'orthopedie dento-faciale (Dijon)
Diplome de biomaterieux et systemes
implantaire (Bordeaux).
Diplome de radiologie dentaire et
maxilo faciale.
Diplome de managment du cabinet dentaire.

دبلوم تقويم الأسنان بديجون (فرنسا).
دبلوم زرع الأسنان ببوردو (فرنسا).
دبلوم التصوير بالأشعة الراديولوجي للأسنان.
دبلوم تسيير عيادة طب الأسنان.

Casablanca le, 16/10/2019

Mlle LARABI Sara

COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

sinus maxillaires libres.

18 incluse

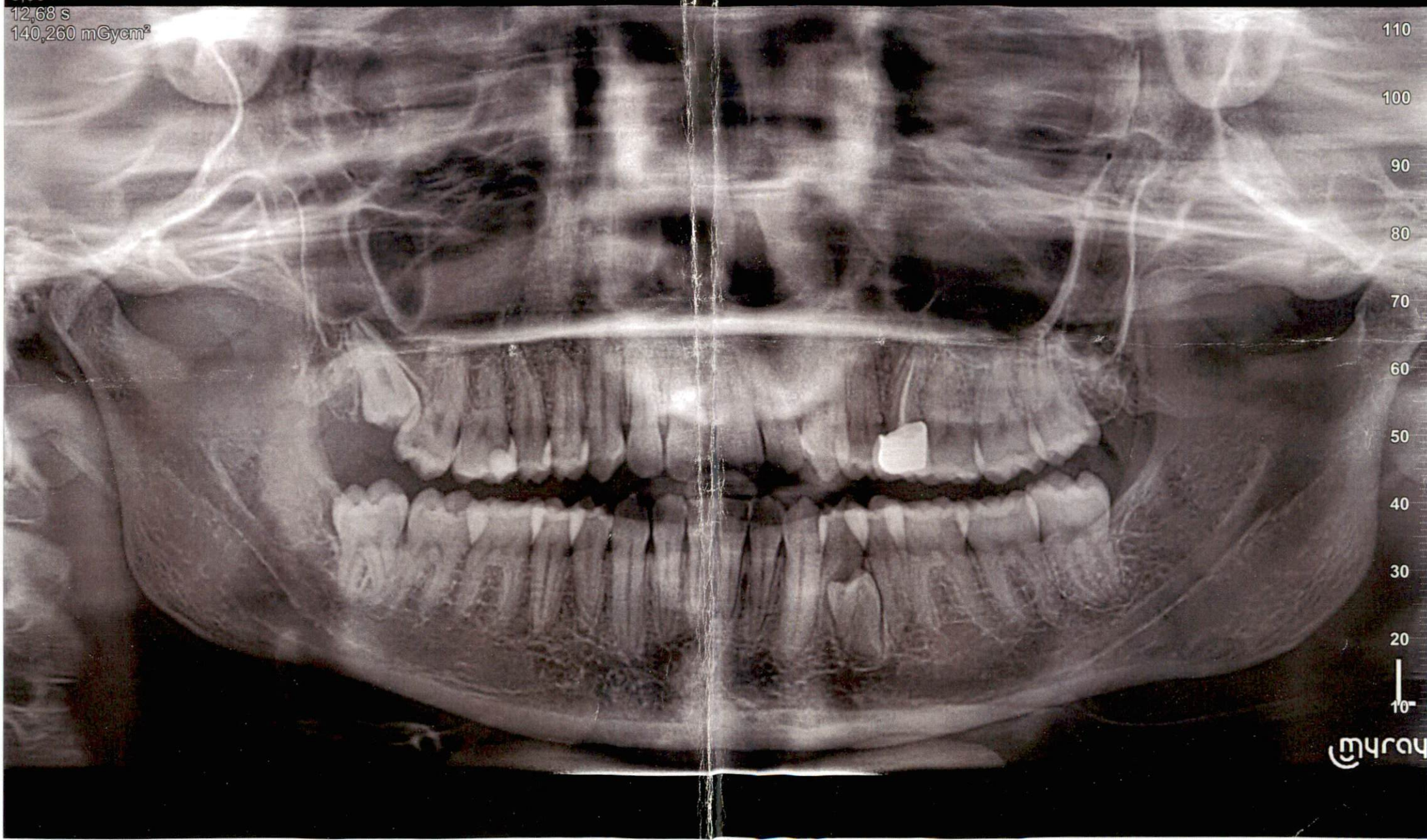
dent surnuméraire entre 34 et 35

radioclaraté coronaire sur la 17

Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Maani
Tél: 05 22 20 56 29 - CASABLANCA

16/10/2019
75,00 kV
8,00 mA
12,68 s
140,260 mGycm²

110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10



myray

Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Mâani
03.22.20.56.29 - CASABLANCA

SARA LARAK



Docteur TAJI Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
291, Rue Mustapha El Mâani
03.22.20.56.29 - CASABLANCA

La dent 17 Le 18/10/2019