

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0025571

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 4996 dentaire

Matricule : 33 SA Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd elhadi

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : Bou Oustaf, rue 59 no 59 casablanca / MAROC

Tél. : 0673730831 Total des frais engagés : 76.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/09/19 17 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : JALAL Abd elhadi Age : 59 ans

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 Le : 10/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10/09/19	Consultation	—	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AZIZI
Dr AZIZI Sofia
 23, Bd. El Makdiss - Hay Qods
 Tél. : 06 38 50 25 33 - OUJDA

10/09/2019 = 204.00 +

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

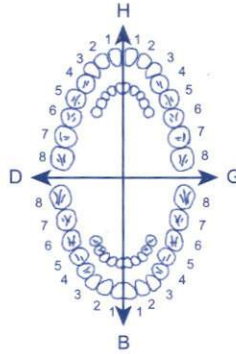
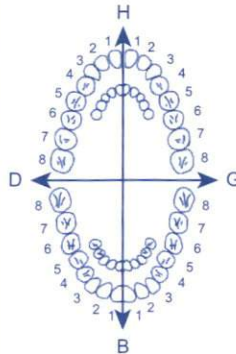
AM PC IM IV

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'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>			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'E

CHIRURGIEN DENTISTE
Diplôme de la faculté de médecine dentaire de
Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul
Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 10/09/2019

Mr. ABDELHAKIM JALAL

102.00 x 2 = 204.00

1) BIRODOGYL 1.5 / 250 MUI / MG

1CP 3X/JOUR 2BOITES

T = 204.00

23, Bd El Makh... - Hay Oudja
Tél : 05 36 50 23 33 - 05 36 50 23 33
DR AZIZI Sofia
PHARMACIE AZIZI

BIRODOGYL®

احترم المقادير الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 8MA072
PER : 08/2021
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00



6 118000 060567



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebâa
20250 Casablanca

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

15 قرصا مغلفا

15 قرصا مغلفا

BIRODOGYL®

احترم المقادير الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 9MA081
PER : 02/2022
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00



6 118000 060567



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebâa
20250 Casablanca

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء