

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-797109

164686

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12760

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAZI SANTA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1.165,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MIKOU SALMA
14, Rue des Papillons Oasis
Casablanca
Tél : 05 22 25 47 47

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MM TAZI SANTA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extraction dentaire

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

RACCUEIL

M 09 JUIN 2023

Le : 16/06/2023

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOUAI - Knaidij - Orlamont - Casal - 23 - Rue Lagrange - 59000 Douai	16.05.93	165,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1094189 896
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX D43
[REDACTED]	48	Exo chirurgico	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS 1000,
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION 16.05.93
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 35533411 11433553

B

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

D 00000000 00000000
G 35533411 11433553

B

H 25533412 21433552
D 00000000 00000000
G 35533411 11433553

B

14, Rue Georges Clemenceau 62500 ARRAS
Docteur Léonard SAMAMA

14, Rue Georges Clemenceau 62500 ARRAS
Docteur Léonard SAMAMA



CLINIQUE DENTAIRE
Dentisterie Esthétique - Orthodontie - Implantologie

Facture

Patient : Mme TAZI SANAA

Dent	Acte	Honoraire
48	Extraction (dent de sagesse enclavée)	1 000,00

J'ai l'honneur de vous présenter les honoraires dûs jusqu'à ce jour, dont le montant : 1 000,00 DH

Somme arrêtée à : un mille dirhams

Cachet du médecin

14, Rue des Papillons Ouasis
Casablanca
Tél : 05 22 25 47 47
DOCTEUR MIKOU SALIMA

32 Clinique Dentaire

14, Rue des papillons, Quartier Ouasis 1er Etage, Casablanca. Tél. : +212 5 22 25 47 47

ICE : 0254744990000 Patente N° : 0000000000 INPE : 0000000000

003945485000056 34751605 50199896 06199896



CLINIQUE DENTAIRE

Dentisterie Esthétique - Orthodontie - Implantologie



ORDONNANCE

Mme SANAA TAZI

Solupred 20mg

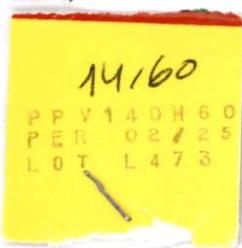
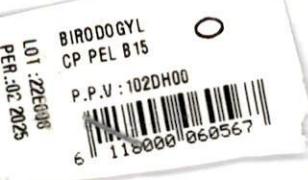
3cps en une seule prise par jour pendant 5 jours
A commencer immédiatement, puis chaque matin

Birodogyl

1cp 2 fois par jour pendant 7 jours
A commencer immédiatement

Doliprane 1000 mg

1 Comprimé par jour en cas de douleurs sans dépasser 4 cp/j.



Dr ABDALLAH FOUDALI AOUIRIR
52, Rue Lagranta - Khadija
Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca



Signature
Dr ABDALLAH FOUDALI AOUIRIR
52, Rue Lagranta - Khadija
Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca
14, Rue des papillons, Quartier Ouasis 1er Etage, Casablanca. Tél. : +212 5 22 25 47 47
SALMA
761 : 05 22 25 47 47

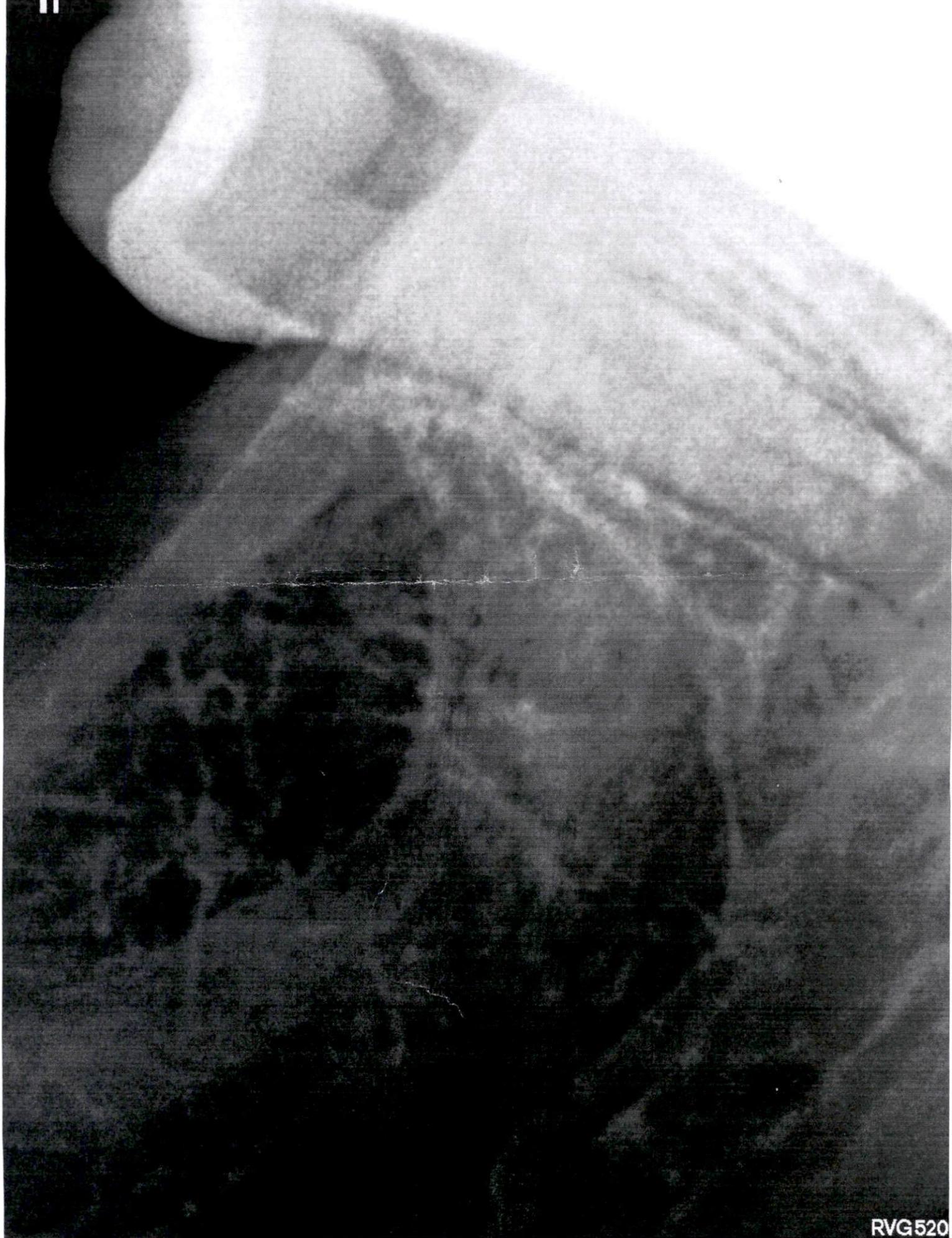
32 Clinique Dentaire

14, Rue des papillons, Quartier Ouasis 1er Etage, Casablanca. Tél. : +212 5 22 25 47 47

i sanaa

Docteur MIKOU SALMA
14, Rue des Papillons Oasis
Gaza Blanca
Tel 100 22 25 47 47

F



RVG520

i sanaa

Docteur MIKOU SALMA
14, Rue des Papillons Oasis
Casablanca
Tél: 05 22 25 47 47

Fi

RVG 520