

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-790382

165232

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Toumi Anissa

Date de naissance :

Adresse : 0661086153

Tél. : 0661390669

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MBINI Med EL R

Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, B. 2, 14 Etage Inara 1

Aïn Chock - Casablanca - Tél : 0922 21 44 97

F.C.E. : 06105322400323

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/2023

Nom et prénom du malade :

BENJELLOUN TOUMI ANISSA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

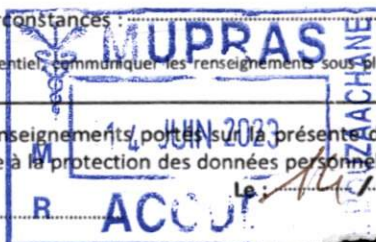
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lalla ZEMMAM Avenue du Parc - Résidence Taghazout - Casablanca Tel : 05 22 29 35 64	2023	249,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez 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	INP : 094043388														
	3 2	cpl I	Dys	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="169"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="1600"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="12104123"/>														
	3 3	cpl I	Dys															
	3 5	cpl I	Dys															
Détachage cpl I cpl II cpl III cpl IV cpl V cpl VI cpl VII cpl VIII cpl IX cpl X cpl XI cpl XII cpl XIII cpl XIV cpl XV cpl XVI																		
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>D</td> <td>G</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>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bd 2 Mars, P. 2023
 Ann. Chouk. Casablanca
 I.C.E. 2023

Centre Dentaire MRINI

Docteur Mrini Med EL GHALI

Doctorat en Médecine Dentaire 1993
Faculté de Médecine Dentaire
Casablanca

Certificat d'Implantologie sur le système
neodent par l'Institut ILAPEO au Brésil.



الدكتور المريني محمد الغالي

دكتوراه في طب الأسنان 1993

جامعة طب الأسنان

بالدار البيضاء

شهادة في زرع الأسنان من المعهد البرازيلي

08/06/2023

ordonnance

102,00
x2

- Birodology (4)

3 cps, 1 Mat 1 Rhod 1 Surin
PV avec des repus

- UATP-UPP (50)

45,50 3 cps, 1 Mat 1 Rhod 1 Surin
PV avec des repus

249,50

Dr. MRINI Med EL R
Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, Bld 100 N° 5, 1^{er} Etage Inara 1
Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 44 97 / 05 22 87 02 41
T.C.E. 001653224000324

Pharmacie Lahajma
MAMA Nadia
Avenue du Phare - Residence
Taghazout - Casablanca
Tél : 05 22 29 35 64

Centre Dentaire MRINI

Docteur Mrini Med El GHALI

Doctorat en Médecine Dentaire 1993
Faculté de Médecine Dentaire
Casablanca

Certificat d'Implantologie sur le système
neodent par l'Institut ILAPEO au Brésil.

الدكتور مريني محمد الغالي

دكتوراه في طب الأسنان 1993
جامعة طب الأسنان
بالدار البيضاء

شهادة في زرع الأسنان من المعهد البرازيلي

NOTE D'HONORAIRES N° :

50/2023.

Je soussigné Dr **Mrini Med El GHALI**, docteur en médecine dentaire certifie

avoir examiné ce jour le : 21/04/2023 Mr BENJELLOUIN/TOUIMI
BNISSA

et son état a nécessité un traitement dentaire ; dont le montant

s'élève à #1600# dh

Signature attestant le paiement des honoraires .

Dr. **Mrini Med El GHALI**
Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars - Rue 156 N° 5, 1^{er} Etage Inera 1

Aïn Chock - Casablanca - Tél : 0522 21 44 97

BOE : 09165224001024

Casablanca, le : 21/04/2023

الطابق الأول الإترية 1 - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 21 44 97

Bd. 2 Mars - Rue 156 N°5 - 1^{er} Etage- Inera 1 Aïn Chock

Site Web : www.drminielghali.com

INPE : 094013398 - SGG : 12503 - IF

Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium

NOVARTIS

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

LOT: M22157
EXP: OCT 2025
PPV: 45,50 DH



d'AMM au Maroc :

Novartis Maroc.

Rabat R.P.1, Ain Sebaâ, C
BOUCHAOUIR, Pharmacien R

Adresse du fabricant :

Route côtière 111, QI-Zenata
, Casablanca.

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc.

Route de Rabat R.P.1, Ain Sebaâ, Casablanca.

Labcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar.

Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Birodogy 1 500 000 U.I/250

المقادير الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PR

ent sur ordonnance - Tab

أجب وصفة طبية - جدول A



15 قرص مغلف

بشورتي

Birodogy 1 500 000 U.I/250 mg

احترم المقادير الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

