

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° W19-551001

192478

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

1607

Société :

RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BELAMINE El Habib

Date de naissance :

01/10/86

Adresse :

Residence Makassar Bouzidouze
N° 2000

Tél. :

0661167500

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MRINI Med EL RINI
Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1^{er} Etage Marai 1,
Ain Chock - Casablanca - Tel : 05 22 21 44 44
I.C.E. 001053224000024

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/12/2023

Nom et prénom du malade :

BELAMINE EL HABIB

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

raux douloureux

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 :

Le : 12/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-551001

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

G. MUPRAS	1607
Matricule :	1607
Nom de l'adhérent(e) :	BELAMINE EL HABIB
Total des frais engagés :	0000000000000000
Date de dépôt :	12/12/2023

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 : <input type="text"/>

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
	2 5 1 2 1 H A B G 1 2 3 4 5 6 7 8 B H D G A B H G	2 5 1 2 1 H A B G 1 2 3 4 5 6 7 8 B H D G A B H G	D ₃ D ₅ D ₅ D ₅	COEFFICIENT DES TRAVAUX D₄8												
O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	DEBUT DE L'EXECUTION Dr. MARINI Michel Centre Dentaire Dr. Marini 10 rue du Général de Gaulle 77100 Melun Téléphone : 01 60 52 21 44 FIN DE L'EXECUTION 12/12/23
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHETS DU PASSAGE DE LA FRONTIÈRE

Dr. MRINTZ **CHIRURGIEN** **ENTRISTE**
Bd 2 Mais, Rue 156 N° 5, 1^{er} Etage - Matz /
A/ Check Casseu / 271 159221449
L.C.E. 001552-24000024

Centre Dentaire MRINI

Dr Mrini Med EL GHALI

tit en Médecine Dentaire 1993
Secteur de Médecine Dentaire
Casablanca
Cat d'Implantologie sur le système
dent 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

PEE 111 101
BIROOGYL
CP PEL B15
P.P.V. 102DH00
6 118000 060567

PPD 12/12/2023

54,00

cerclage

- Diaposte (adulte).

1ai2 ysl; mous d'he

14,80

- EFD02 (YPL)

2ai6 ysl; mous d'he

T 71,80

57,00



Dr. MRINI Med EL R
Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5 1^{er} Etage Inara 1
Ain Chock - Casablanca - Tél.: 0522 21 44 97
I.C.E.: 001055224000024

شارع 2 مارس - زنقة 156 رقم 5 - الطابق الأول الإتارة 1 - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 87 02 41 - 05 22 21 44 97

Bd. 2 Mars - Rue 156 N°5 - 1^{er} Etage - Inara 1 Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 44 97 / 05 22 87 02 41

Site Web : www.drmrinielghali.ma - E-mail : dr.mrini@gmail.com

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 مرينى محمد الغالى

دكتوراه في طب الأسنان 1993

جامعة طب الأسنان

بالدار البيضاء

شهادة في زرع الأسنان من المعهد البرازيلي

NOTE D'HONORAIRES N° : /52/2023 .

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

avoir examiné ce jour le : /21/12/23 Mr BELAMINE EL HABIB

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

s'élève # 1000 # dh

Signature attestant le paiement des honoraires

Dr. MRINI Med EL R

Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, Rue 156 N°5, 1er Etage Inara 1

Ain Chock Casablanca - Tél.: 05 22 21 44 97

I.C.E : 001653224000024

Casablanca, le : 12/12/2023

Centre Dentaire MRINI

Docteur Mrini Med EL GHALI

Diplôme d'Etat 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

MSA 21/06/2023.

leur confirme .

Veuillez me prescrire le protocole
médicamenteux pour M^r BELHACHEM
EL HABIB qui va procéder à une
extraction chirurgicale de la

M^r le mardi 12/12/2023.

Merci un grand merci
Dr MRINI

Dr. MRINI Med EL R

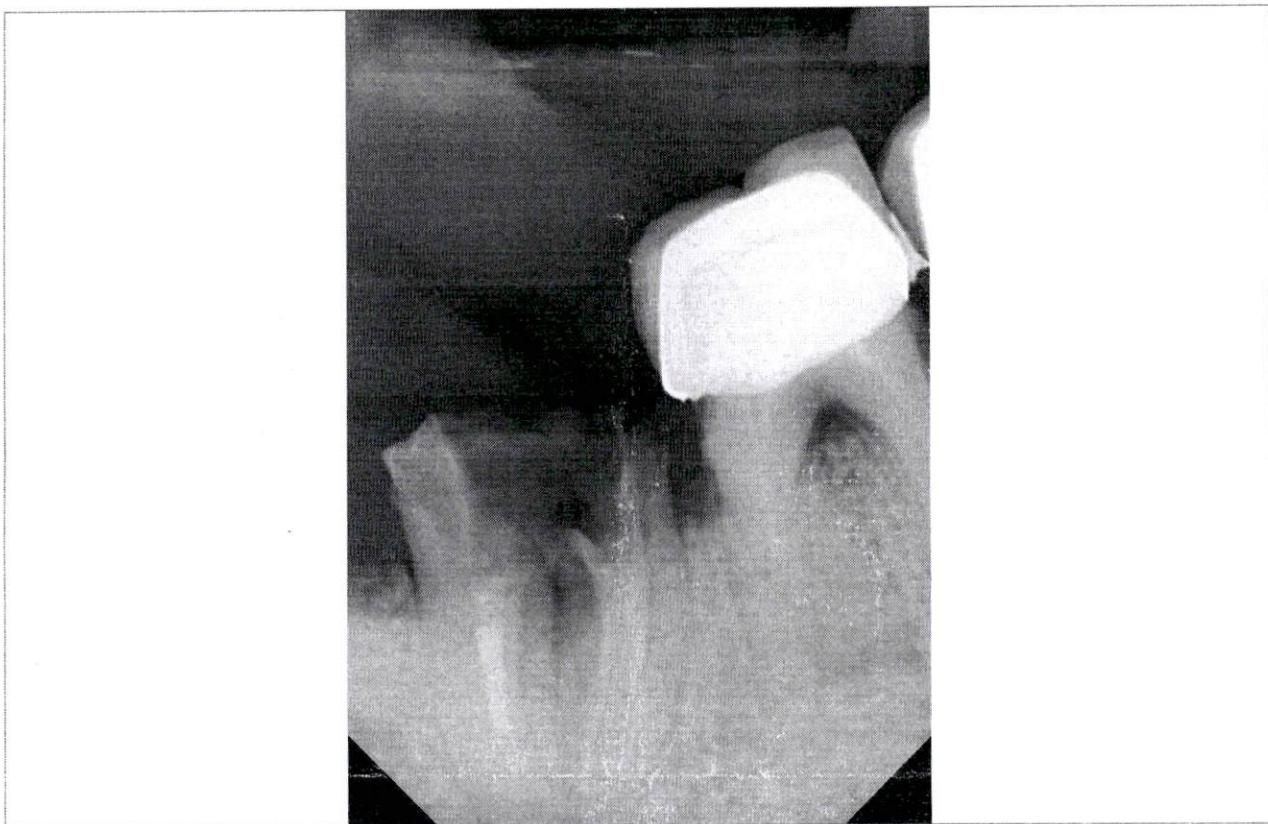
Chirurgien Dentiste

شارع 2 مارس - رقم 155 في الطابق الأول اعلاه
05 22 87 02 41 / 05 22 21 44 97 : الهاتف : 05 22 21 44 97 / 05 22 87 02 41

Bd. 2 Mars - Rue 155 N°5 - 1^{er} Etage Inata 1
Bd 2 Mars Rue 155 N°5 - 1^{er} Etage Inata 1 - Casablanca - Tel: 05 22 21 44 97 - 05 22 87 02 41

Site Web : www.drmrinidentiste.ma e-mail : dr.mrini@gmail.com

Tel: 001055224000024



47 RX AVANT EXT CHIRG

[Handwritten signature]
Dr. MRINI Med EL R
Chirurgien Dentiste
Bd 2 Mars Rue 156 N° 5 - 1er étage Inara 1
Ain Chock CASABLANCA - Tél : 0522 21 44 97
C.C. 00105522440024

Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium

30 jours
30 جours
30 días

NOVARTIS

LOT : M23038
EXP : JAN 2026
PPV : 45,50 DH

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

احترم الدواعر الموصدة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Liste II- Uniquement sur Ordonnance

صاحب الرخصة: Novartis Pharma Maroc
82, Bd Chechaouni, Q.I Ain Sebaâ 20590 - Casablanca Maroc
المصنع: Novartis Pharma Maroc
82, Bd Chechaouni, Q.I Ain Sebaâ 20 590 Casablanca - Maroc.

كطفلام 50 ملخ

Cataflam® 50mg

20 dragées



6 118000 220053

Cataflam® 50 mg
20 Dragées à 50 mg

Conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 30°C.

Tenir hors de la portée des enfants

يحفظ بعيداً عن الرطوبة و في درجة حرارة لا تتعدي 30

درجة منوبة

يحفظ بعيداً عن منتاد الأطفال

علاج ضد الآلام والالتهابات.

عن طريق الفم

قرصاً من 50 ملخ

Composition :

Diclofénac potassium 50 mg

Excipients q.s.p une dragée

Voir la notice pour plus d'information