

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0015550

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0884 Société : 60855

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TALBI JEDER

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0642608341 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-015550

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution																
	3	6	2	26	400	22/11/21																	
	3	6	2	26	400																		
Dr. EL HOUCINE ETTALIBI Chirurgien Dentiste N°63, Angle Bd. Jamal Abdenacer et Rue 807, Cité Al Massira Agadir 34000																							
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession								H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
H		G																					
25533412	21433552	00000000	00000000																				
00000000	00000000	00000000	00000000																				
35533411	11433553																						
Dr. EL HOUCINE ETTALIBI Chirurgien Dentiste N°63, Angle Bd. Jamal Abdenacer et Rue 807, Cité Al Massira Agadir 34000																							

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 048474	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 048474

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0884	Signature de TALBI JEDER													
Nom & Prénom		TALBI JEDER														
Fonction	RETRAITÉ	Phones 0642608341														
Mail																
MEDECIN		Prénom du patient EL ASRI FATIMA														
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 54 ANS	Date													
Nature de la maladie		Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
PHARMACIE		Date 22/01/2021	Signature et cachet du pharmacien Pharmacie LOUKIL 048.28.07.26 AGADIR													
Montant de la facture		146,00														
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET													
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													



مركز جراحة الأسنان
CENTRE DE CHIRURGIE DENTAIRE EL HASSINE

Dr. El Houcine ETTALIBI

Chirurgie Dentaire Orthodontie

Touréat de l'université Hassan II Casablanca

الطبيب: الدكتور الحسين عتالبي

الطبيب: الدكتور الحسين عتالبي

الطبيب: الدكتور الحسين عتالبي



Vendredi 22 Janvier 2021

Mme EL ASRI FATIMA

124,00
1)- SOCLAV ST 1G SACHET AD B16

1 SACHET => 2 fois par Jour => Avant repas => Pendant 8 Jour(s)

2)- CEDOL CO 400/20MG B20

1 CP => 3 fois par Jour => EN CAS DE DOULEURS => Pendant 3 Jour(s)
2 COMPRIMES DE SUITE



22,00
146,00

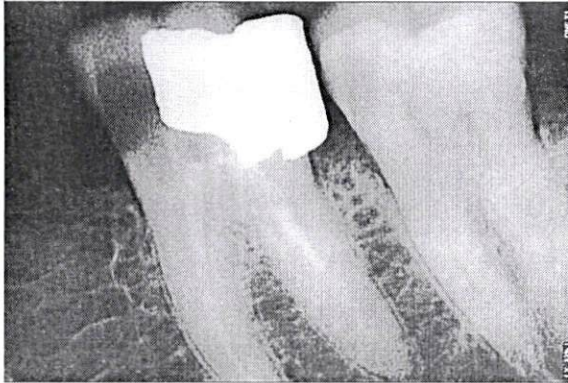
Dr. El Houcine ETTALIBI
Chirurgien Dentiste
N°63, Angle Bd. Jamal Abdenacer
et Rue 807, Cité Al Massira
Agadir - Tél: 06 12 47 97 10 / 07 71 59 04 16

INP : 042008003

Pharmacie AL MICHWAR
Dr. Mohamed LOUKILI
Lot. 297 Al Wifaa Bensergao
Tel: 048.28.07.28
AGADIR

رقم 63 زاوية شارع جمال عبد الناصر و زقة 807 حي المسيرة أكادير
N°63, Angle Boulevard Jamal Abdenacer et Rue 807 Cité Almassira, Agadir
Tel.: 06.12.47.97.10 / 07.71.59.04.16 / dr.ettalibi@yahoo.com

Création 22/01/2021 EL ASRI Fatima Impression 22/01/2021
22/01/2021 - 36 - Lin.



CENTRE DENTAIRE ALMASSIRA; Dr.El houcine ETTALIBI
22 bis Bd Jamal Abdenacer Rue 807 Cité Almasira AGADIR; 0612479710

Dr. EL HOUCINE ETTALIBI
Chirurgien Dentiste
N°63, Angle Bd. Jamal Abdenacer
et Rue 807, Cité Al Massira
Agadir - Tél: 06 42 47 97 10



16 كيسا

1/8 : 1 غرام / 125 ملغ
أموكسيسيلين / حمض كلافلانيك

سوكلاف

16 Sachets

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

Soclav 1g/125 mg

Soclav
Amoxicilline/Acide clavulanique 8/1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

Adultes

1 g/125 mg
16 Sachets
Poudre pour suspension bovable
Voie orale

سوطيما
othema

124,00



صيدول

باراسيتامول / كودين

حبة 20

عن طريق الفم

Cédoï®
20 Comprimés



6 118000 180913



ستيمديك

22,00