

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

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Nº M21- 0015550

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0884

Société :

60855

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALBI JIDER

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

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 Nº 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).

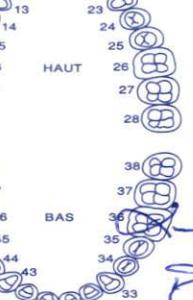
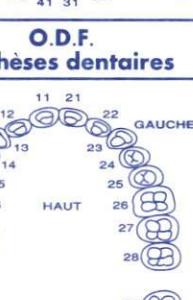
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en ctés de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
	3 3	6 6	<i>Rpx</i> <i>Rpx</i>	<i>2,5</i> <i>1,20</i>	Coefficient des travaux <i>26 + 38</i>
			<i>X</i>		Montant des soins <i>4500</i>
					Début d'exécution <i>22/11/21</i>
					Fin d'exécution <i></i>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux
	D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	 Dr. EL Houdine ETTALIBI Chirurgien Dentiste N°63, Angle Bd. Jamel Abdenacer et Rue 807, Cité Al Maasira. Agadir - Tél. 0524 22 07 07 10	Montant des soins <i></i>
		<i>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</i>			Date du devis <i></i>
					Fin d'exécution <i></i>
Visa et cachet du praticien attestant le devis	 Dr. EL Houdine ETTALIBI Chirurgien Dentiste N°63, Angle Bd. Jamel Abdenacer et Rue 807, Cité Al Maasira. Agadir - Tél. 0524 22 07 07 10				

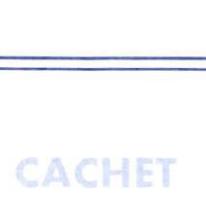
VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 48474		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales du Royaume du Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17 / 048474

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 0884		
Nom & Prénom TALBI IDDER				
Fonction RETRAITE	Phones 0642608341			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient ÉLASRI 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			
Montant de la facture				
146,00				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. El Hocine ETTALIBI

Chirurgie Dentaire Orthodontie

Tourlet de l'université Hassan II Casablanca



Centre de Chirurgie Dentaire Dr Ettalibi

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)



146,00
2) - **CEDOL CO 400/20MG B20**

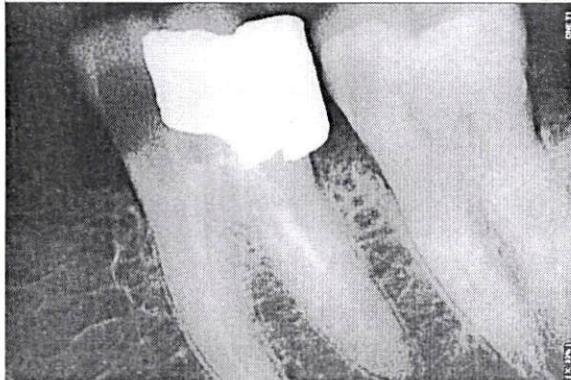
1 CP => 3 fois par Jour => EN CAS DE DOULEURS => Pendant 3 Jour(s)
2 COMPRIMES DE SUITE



Pharmacie AL NICHWAR
Dr. AV. M. Hamed LOUKILI
Lot. 297 Al Wifaq Bensergao
Tél: 048.28.07.28
AGADIR *63, Angle Boulevard Jamal Abdenacer et Rue 807 Cité Almassira, Agadir

رقم 63 زاوية شارع جمال عبد الناصر و زنقة 807 حي المسيرة اكادير
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°62, Angle Bd. Jamal Abdenacer
et Rue 807, Cité Al Massira
Agadir - TAH 06 12 67 87 40

1



SIGNS

moxicilline/Acidé clavulanique : 8/1

10

lline/Acid

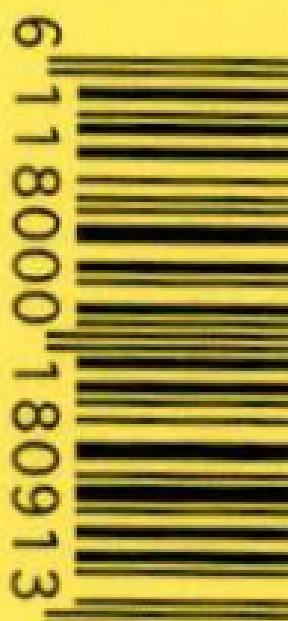
~~16 Sachets~~ 16 Sachets
1 g/12

10 of 10

سِدْرُول

باراستامول ٢٠ كبسيل

Cédoï®
20 Comprimés



ستتمديك (S)

عن طريق الفم

٢٠ حبة