

RELEVE DES JOBS

PPV: 96DH00  
PER: 06/23  
LUT: J2888-1

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTA  
DES SOI

DATE DL  
DEVIS

DATE D

میلو کس

عن طريق الفم  
20 قرآن بلا لكس

TECNIMEDE GROUP

IEDE GROUP

LOT: BPG420C  
PER: AVR 202  
PPV: 160 DH C

COEFFICIENT  
DES TRAVAILLOT : BFG 2022  
PER : AVR 00  
PPV : 160 DH

MONTA  
DES SO

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

میلو  
عن طريق ا  
20 ثرثرا

1. *What is the meaning of the following words?*

میلوکس  
عن طريق  
20  
تقابلاً لـ 

# 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.

**DOCTEUR ABDELILAH MIFTAH**

**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Muscles, Colonne

Vertébrales & Pied

Diplôme de la faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Radiologie osseuse-Osté odensitométrie-Biopsie-Physiothérapie

Orthèses

Patente n° 35600171 - ICE : 001735515000049

FACTURE N°

/20

DATE :

NOM :

PRENOM :

CONSULTATION :

RADIOLOGIE :

ACTE :

TOTAL :

Arrêter la présente facture à la somme de Dhs :

Dr. Abdelilah MIFTAH  
RHUMATOLOGUE  
Rés. Salah Al Jarrah 359  
El Zerkouni - Casablanca

0663.000006

Dr. Abdelilah MIFTAH

## Rhumatologue

## Spécialiste des Maladies des Os, Articulations Muscles, Colonne Vertébrale et Pied



الدكتور عبد الإله مفتاح

## إختصاصي في أمراض الروماتيزم

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

دبلوم جامعة باريس في تشخيص وعلاج أمراض الروماتيزم  
الفحص بالأشعة، الكشف بالمنظار للمفاصل، الترويض الطبى

**Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris**  
Ancien Attaché des Hôpitaux de France  
Ancien Spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

## Diplôme d'université (PARIS) Méthodes Diagnostiques et Thérapeutiques en Rhumatologie

Radiologie Osseuse - Ostéodensitométrie  
Arthroskopie - Biopsie - Physiothérapie  
Orthèses

~~PHARMACIE  
Des DENTISTES  
Dr. ALAMI MEDAHLAOU  
Mosquée Naoum - 052 28 28 59  
Casablanca~~

## Casablanca, le :

Prénom : MARINA

Dr. Abdellah MIFTAH  
RAJUNAQOLOGIE  
Dr. Salah Al-Jaafari  
359 Casablanca  
ش. شارع الزهراء، الدار البيضاء، 359  
Casablanca, Maroc

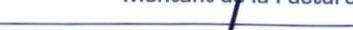
359، شارع الزرقطوني زاوية ابن المعلم - إقامة صالح الجراح - الطابق الثالث - بوركون - (أمام المطعم الصيني) - البيضاء  
359, Bd. Zerktouni - Angle Rue Ibn Al Moualim - Résd. Saleh Al Jarrah - 3 ème Etg. ( Face Restaurant Chinois) - Casablanca  
Tél. : 05 22 26 96 64 / 05 22 47 29 47 / 06 25 00 00 05

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
12/07/2016	6	450	450

RES  
Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des honoraires  
Dr. Abdeljalil RHUMY TOLOU 1999  
Rue Sarah Al Jarrah Extouni - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	947,70	 947,70

DR PHARMACIE  
DE M. X. LAMARQUE  
Monsieur le Régisseur  
Casablanca - Tétouan - Agadir  
RADIOGRAPHIES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

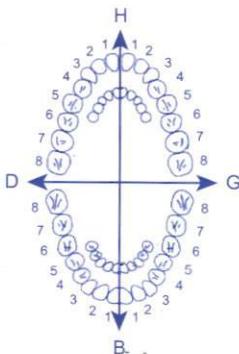
RELEVE DES FAITS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins
-----------------	-------------------	---------------------



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE

LOT: BPG4200  
PER: AVR 202  
PPV: 160 DH 0

LOT: BPG42001  
PER: AVR 2023  
PPV: 160 DH

CŒFFICIEL  
DES TRAVAIL

MONTA  
DES SOI

DEBUT  
D'EXECUTI

FIN  
D'EXECUTI

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTAN  
DES SOIN

DATE DU  
DEVIS

DATE DI

## ملاوكته

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

## ditions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

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° P19- 044573

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 83116

Société : PAM - 80896

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BETTAH ABDELJABAR

Date de naissance : 01-01-1968

Adresse : N° 323, LOT NAOURAS, DAR BOUARZA

CASABLANCA

Tél. : 06 61 31 16 30 Total des frais engagés : 550.000 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : BANNOI Noirs Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : NCIB

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

Le : 12/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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