

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

- 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

M22- 0008491

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Dibiani Redaouen
 Date de naissance : 06/10/1974
 Adresse : Nazole HF
 Tél. : 0662787191 Total des frais engagés : 332,7094 Dhs
 (Signature: كنور سعيد الشول) (Signature: عبيد محلف، مولي التهامي) (Signature: فريد بن عبد شفي الحي الحسني) (Signature: مديولا الحي الحسني) (Signature: الواس 022 40 70 48)

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31 MAI 2023
 Nom et prénom du malade : Dibiani Redaouen Age : 46
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 19/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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 |
| 31 MAI 2023 | C | | 2000A | <p>سعيد الطرول</p> <p>لف، خبير لدى المحاكم</p> <p>مولاى القمامي</p> <p>مستشارى المحامى</p> <p>حي ال، مكني</p> <p>2 90 9 166</p> <p>IPNF: 0910696</p> |

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

Loop

د. محمد سعيد الطرول
 رئيس جامعة خيبر لدى الحاك
 (60) مولاي الفاضل
 (أف) 091069686
 مارولا (أف) 091069686
 290 091069686

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  PHARMACIE PC 58, Route Mly Thami 31/11/23 | 31/11/23 | 13270 |

Date _____

Montant de la Facture

Date _____ Mont _____

M. TIR Abdelaziz

Signature _____

09/08/2008

13270

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div> <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>21433552</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> </div> <div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>35533411</div> <div>11433553</div> </div> <div>G</div> </div> <div>B</div> </div> <div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> | |
|------------------------------|--|----------------------------|
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | MONTANTS DES SOINS |
| | | DATE DU DEVIS |
| | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | |
| | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Dents
Traitées

Nature d
Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is shown in a perspective view, with a horizontal line representing the ground and a vertical line representing the central axis.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | |
|---|----------|---|----------|
| | | H | |
| | 25533412 | | 21433552 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| D | | | |
| | 00000000 | | 00000000 |
| | 35533411 | | 11433553 |
| | | B | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



aid GZOULI

assermenté
es Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 31 MAI 2023 في : الدار البيضاء،

1. Augmentin 500 67120
7990 1sa x 3/4
2. 4000 1sa x 3/4
1980 1sa x 3/4
3. 13970 1sa x 3/4

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. FIR Abdelaziz
58, Route Moulay Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 62 Casp

PPV: 79,90 DH
LOT: 651116
PER: 06/24



AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60, طريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحي الحسني)
مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
هاتف: 0522 90 21 62 - 0522 90 70 88

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com