

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

ique :

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 P19-0035142

N.D. 15342

DIREN

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0011777

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAOUZI BARAKATE

Date de naissance :

13/11/1973

Adresse :

IMM H2 NR33 AV. M. ABDELLAH AGADIR

Tél. : 06.61.30.00.55

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : FAOUZI Rayan Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extraction dentaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

R



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASSIRA Dr. ABADI Khalida 57, Av. Jamal Abdennacer Q. Al Massira - AGADIR Tél: 05 28 22 37 25	<u>25/10/19</u>	<u>13.00</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

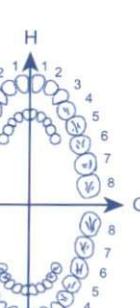
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	8 4	Dux	25	Coefficient DES TRAVAUX
	8 4	Dux	25	MONTANTS DES SOINS
				# 200
				DEBUT D'EXECUTION
				25/10
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A TESTANT L'EXECUTION

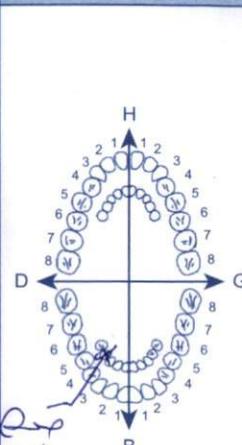
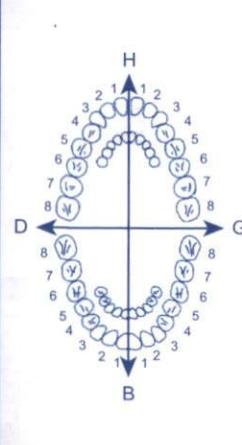
السترة الحسينية
باب جراح اليمان
القلم 63، زاوية شارع حمال بن الناصر
القلم 807، حي المتنورة أكشاكن

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;">8</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Dpx</td> <td style="padding: 2px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8</td> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Dof</td> <td style="padding: 2px;">Dof</td> </tr> </table>	8	4	Dpx	2	8	4	Dof	Dof	<p style="margin-top: -10px;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="margin-top: -10px;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="margin-top: -10px;">DEBUT D'EXECUTION</p> <p style="margin-top: -10px;">FIN D'EXECUTION</p>	<p style="margin-top: -10px;"><i>الكتاب العادي</i></p> <p style="margin-top: -10px;"><i>طبابة جراح الأسنان</i></p> <p style="margin-top: -10px;"># 200,00 #</p> <p style="margin-top: -10px;">25/10/19</p> <p style="margin-top: -10px;">✓</p>
8	4	Dpx	2								
8	4	Dof	Dof								
	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	<p style="margin-top: -10px;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="margin-top: -10px;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="margin-top: -10px;">DATE DU DEVIS</p> <p style="margin-top: -10px;">DATE DE L'EXECUTION</p>	<p style="margin-top: -10px;"><i>الكتاب العادي</i></p> <p style="margin-top: -10px;"><i>طبابة جراح الأسنان</i></p> <p style="margin-top: -10px;">الكتاب العادي</p> <p style="margin-top: -10px;">طبابة جراح الأسنان</p>
H	G										
25533412 00000000	21433552 00000000										
D	B										
00000000 35533411	00000000 11433553										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

طبابة جراح الأسنان
رقم: 63، زاوية شارع حمال عبد الناصر
المنطقة السكنية، حى 807 ٢٣٣٩

Dr. El Hocine ETTALIBI

Chirurgie Dentaire Orthodontie

Lauréat de l'université Hassan II Casablanca



الدكتور الحسين العلالي

Centre de Chirurgie Dentaire Al Massira

Vendredi 25 Octobre 2019

Mr FAOUZI RAYAN

13.00

1) - MOLGAM CO 100MG B10

1 CP => 2 fois par Jour => APRES REPAS => Pendant 2 Jour(s)
1 COMPRIME DE SUITE



Pharmacie AL MASSIRA
Pharmacie AL MASSIRA
Dr. ABADI Khalida
Dr. ABADI Khalida
57, Av. Jamal Abdennacer
Q. Al Massira - AGADIR
Tél: 05 28 22 37 25

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

سولثام

حامض التيابروفينيك

ملغ 100
10 أقراص

مضاد للالتهاب

مختبرات الصيدلية فارما 5

8306
10 - 21
13 DH 00
LOT :
AV :
P.P.

A.M.M. : 229 DMP/21/NNP

Liste II



Motégam 100mg boîte de 10 comprimés

Spécifier les doses prescrites



Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacie Responsable
Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Excipients q.s.p.....
Acide tiapronélique.....
100 mg.....
un comprimé

Composition :
Excipients q.s.p.....
Acide tiapronélique.....



Dr. El Houcine ETTALIBI

Chirurgie Dentaire Orthodontie

Lauréat de l'université Hassan II Casablanca

الدكتور الحسين الطالبي

طب وجراحة و تقويم الأسنان

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

Agadir, le:

أكادير في :

Agadir, le : 25/10/2019

NOTE D HONORAIRE

Je Soussigné : Dr El Houcine ETTALIBI

Certifie que : FAOUZI RAYAN

A bénéficié à ce jour de soins dentaires dont la note

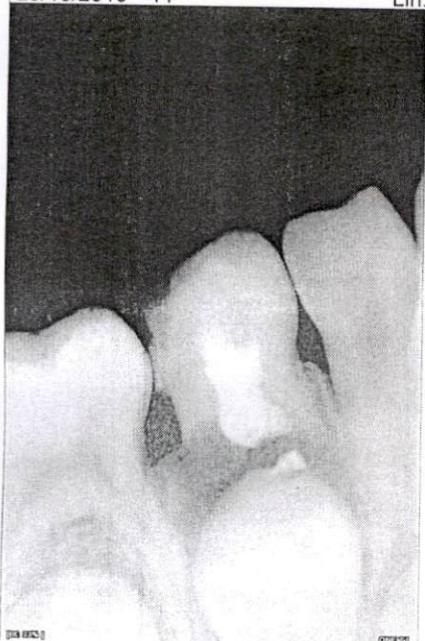
d'honoraires s'élève à :

****200.00DH****

Tel.: 06 12 47 97 10 / 07 71 59 04 16

رقم 22 مکروہ بنبغ عبید العزیز, 867 IF 144957767 INPE 034163014-JCE 001665122000042
N° 22 Bis Angle Boulevard Jamal Abdenacer et Rue 807 Cité ALMASSIRA - Agadir
Tél.: 05 40 10 27 88

Création 25/10/2019 FAOUZI Rayan Impression 25/10/2019
25/10/2019 - 44 - Lin.



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

الدكتور الحسيني المالحي
طبيب جراح للأسنان
رقم 22 بوليفي جمال عبد الناصر
رue 807 في المسيرة أكادير