

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0049939

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI Thami

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BLOC H N°116 6^e Fl. Haouzia Kenitra

Tél. : 0664 03 46 84 Total des frais engagés : 344,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 03/04/2023

Nom et prénom du malade : EL ADDALI Thami Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polysentérites

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

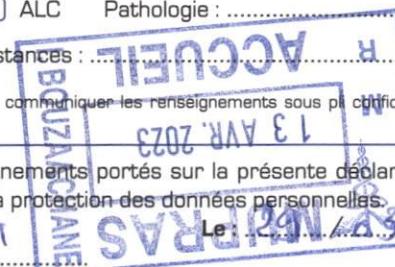
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 



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 Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.03.23	94.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr TOUILIAR Rachid
Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Angle 150 Abd el Kader et 200 Rte
d' Azemmour 3^e Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

CASABLANCA ,LE : 29/03/2023

Monsieur EL ADDALI THAMI

75.50

BISPIRAZOLE

1 CP X 3 FOIS PAR JOUR



POV 75 DH 50
PER 12/24
1 RT 1.4095

18.90

BUCCOTHYMOL

BAINS DE BOUCHE 2 à 3 FOIS PAR JOUR



94.40

*Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Azemmour N° 6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89*



Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر
طبيب جراحي للأسنان

CASABLANCA ,LE : 03/04/2023

FACTURE

Monsieur EL ADDALI THAMI

SOINS DENTAIRE : 250,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

*Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89*