

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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'égalité à caractère personnel.

N° W21-788764

A 59864

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 411

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Id- choueikh Ouidane

Date de naissance : 28/04/1983

Adresse : 88 b1 oued ouen Rubri Résidence Col

Appart 12 Etage 3

Tél. : 06 83 16 73 23

Total des frais engagés : 627,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

YAKOUBI SOUSSANE El Abec
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Tél. 05 22 83 50 55 / 05 20 29 00 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : OUIJDANE ID CHOUEIKH Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : Soins 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 : Casablanca

Le : 07/04/2023

En tant qu'adhérent(e) : 

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARAPALM MOUSSAID FARAJ 18 Bd OUM RABII Quartier SALA - 93810 CASABLANCA	2/4/23	127,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TAKUBI SUOSSANE EI ABDU
Glossary Part 10

Chirurgien Dehio

Orthodontist

Digitized by srujanika@gmail.com

Casablanca, le : 07/04/2023

Nom Du Patient: OUIJDANE ED CHOUEIKH

Facture

Dent N°	Traitemet à effectuer	Coefficient	Honoraires
	Détartrage Bas	D708 D12	250
	Détartrage Haut	D708 D12	250
total			500

Le montant de soins s'élève à 500 dhs.

Dr. YAKOUBI SOUSSANE El Abel
Chirurgien Dentiste
Dentiste
tel. 05 22 93 50 55 / 05 20 29 00 02

✓ • **Toothpaste. The ultimate daily gum care:** Indicated for adults and children of 7 years or older. Do not swallow. Do not use if tube seal is open. Keep out of the reach of children.

• **Dentifrice. Soin complet des gencives:** Indiqué pour l'adulte et l'enfant à partir de 7 ans. Ne pas avaler. Ne pas utiliser si le sceau du tube est ouvert. Garder hors de portée des enfants.

معجون أسنان. الرعاية المطلقة اليومية للثة
يوصى به للكبار والأطفال سنهم 7 سنوات فأكثر
يحتظر بلع المنتج
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال
لا تستخدمه إن كان ختم العبوة مفتوحاً

DENTAID

Made by DENTAID S.L. - 08290 Cerdanyola, Spain

www.dentaid.com

Made in Spain. Fabriqué en Espagne. صنع في إسبانيا

Imported and distributed by: Pharmapal -Dubai, UAE / Laboratoires IBERMA - Had Soualem, Maroc / Inter Promo Labo Ltd.

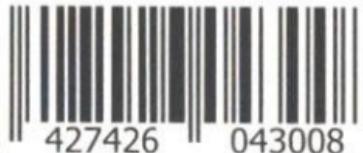
- Cotonou, Bénin / ALJIL ALKADIM Co. - Tripoli, Libya / Acrostone -

215 El Hegaz st., Cairo, Egypt / Solarfarma- Cape Town, SA

المسورد: سيقما فارم 6 شارع محروس محمد

وهران الجزائر/مقرر رقم 470 بتاريخ 05/12/2016

شركة كومل - الرياض - المملكة العربية السعودية



8 427426 043008

100ml



32185

فيتيس



برو فيتامينات CPC. B5 لاكتات الخارصين ، فلوريد الصوديوم

معجون
للعناية باللثة

الرعاية المطلقة اليومية للثة





PARA

Date 07/04/2023

FACTURE : 24/23

Nom client : Mme OUIJDANE IDCHOUEIKH

PRODUIT	Quantité	Prix Unitaire TTC	Total TTC
VITIS BAIN DE BOUCHE GINGIVAL	1	75,00	75,00
VITIS DENTIFRICE GINGIVAL	1	52,00	52,00

PARA PALM
78 Boulevard oued Oum rabii
Casablanca 20200
0522935795
Palmbeaute@gmail.com
ICE:001082397000023
R.C:389938
Patente:35020373
I.F:51303949 /CNSS:8663727

Montant Total HT	105,83 DH
TVA	21,17 DH
TOTAL TTC	127,00 DH

PARAPALM
MOUSSAID FARAJ
78, Bd Qum RABII Quartier
MAZOLA - CASABLANCA
Tél : 05 22 93 57 06