

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

158409
Cadre réservé à l'adhérent (e)

1876
Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NOM PRÉNOM :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0663102825

Total des frais engagés 13000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : Noufati El Moudafi Age:

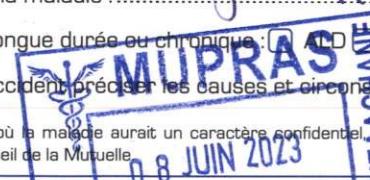
Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Frère Nature de la maladie : Soeur

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 :

Le : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

165

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Waffst mich auf
durch et A3.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr. Zinco Médecin à domicile

Docteur Z. Khourassani

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie
- Prothèses - Orthodontie
- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie
Dentaire

كتورة زينب خرساني

طبيبة جراحة للاسنان

- علاج - جراحة
- تعويض - تقويم
- تبييض - أشعة - زراعة

ORDONNANCE

Nom & Prénom : Sidi Rahal Sidi Rahal, le : 25/05/2023

Note d'honneur

Sur le 3000dh sera à la mise en bouche d'un valiat elegant 13/12.

$$D = 3000dh \\ 13c$$

Dr. L. Z. KHOURASSANI
N°39 Lot Nasreddine 10000 Casablanca
Tél. 05 22 96 94 08

Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii (Près de Café Anas) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08
05 22 96 94 08 تجزئة مريم، رقم 2 سيدى رحال الشاطئي (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف :

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052

Docteur Z. Khourassani

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie
- Prothèses - Orthodontie
- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie
Dentaire

الدكتورة زينب خرساني

طبيبة جراحة للأسنان

- علاج - جراحة

- تعويض - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

ORDONNANCE

Nom & Prénom : alouafati H. N. Sidi Rahal, le : 12/05/2023

Dent

Le patient a besoin d'une
prothèse dentaire pour remplacer la dent
la 13. C'est à dire deux dents et de
3000 dh.

$$D = 3000 \text{ dh}$$

13

Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii (Près de Café Anas) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08
تجزئة مريم، رقم 2 سيدى رحال الشاطئ (قرب مقهى أناس) - برشيد / الهاتف : 05 22 96 94 08
IF : 20782696 - ICE : 001942168000052



R - ant
Dissected
valgait em 11/13

A handwritten signature in blue ink is written above a blue stamp. The stamp contains the text "SOHO DENTAL" and "DENTAL" repeated twice.

NOUQATI, EL MOSTAFA IDnum: "1483"
Teeth: 1-3
Taken: 5/12/23 10:12AM

N° Dossier: 158409 

N° Dossier externe: ACC-01876-25/04/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: NOUQATI EL MOSTAFA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 25-04-2023 

Date de fin: 25-04-2023 

Date de saisie: 25-04-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
17-05-2023	17-05-2023 Manuel ACC DU 26 4 23 ANNULE ET REMPLACE PAR CE NOUVEL ACC D40 PAP 12 13 DR ZINEB KHOURASSANI