

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

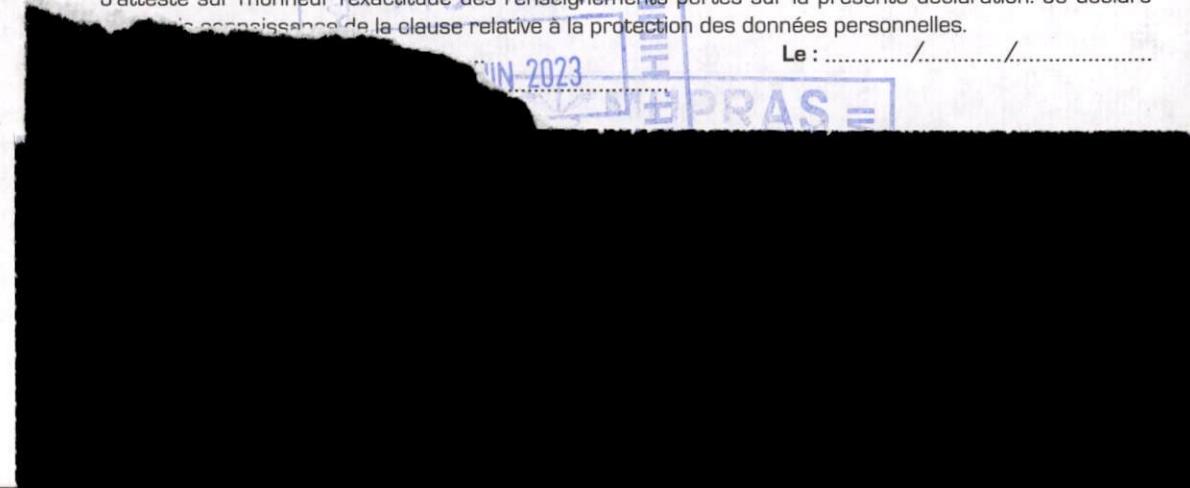
Matricule :	19575	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENTALEB NISRINE	
Date de naissance :		A 46 CP20	
Adresse :			
Tél. :	0661 16 12 38	Total des frais engagés :	#300 DHT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Dr. Mariem ZARIAZ Chirurgien dentiste Implantologiste Anjal Capital Center, 416 Angle Ecl. 1 et Bd. Anjal, 3^e Etage Appt. 23 - Casablanca et Bd. Anjal, 3^e Etage Appt. 23 - Casablanca</i>		
Date de consultation :	Al	Le	05 JUIN 2023
Nom et prénom du malade :	Bentaleb NISRINE		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sous Dentaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 ma connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /



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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

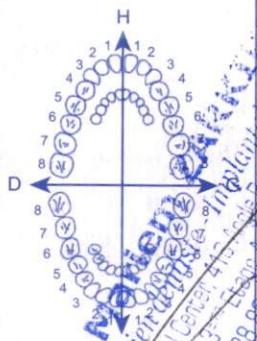
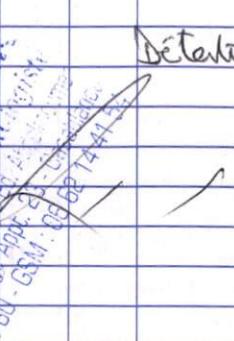
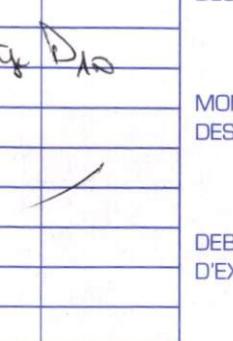
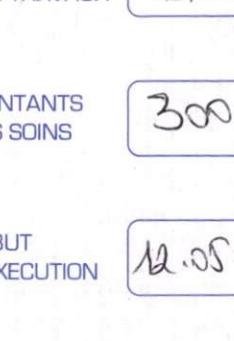
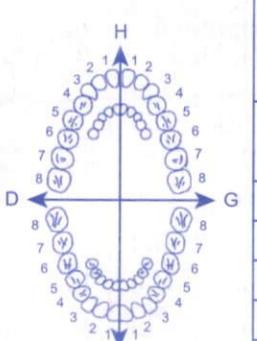
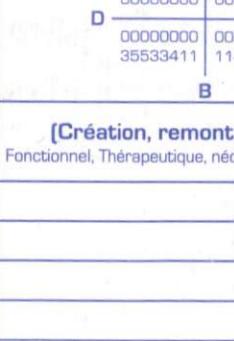
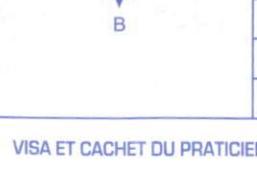
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

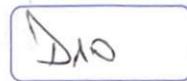
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

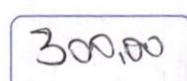
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	H	Dents Traitées	
	D		
	G		
	B		
	H		
	D		
	G		
	B		

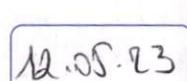
CCEFFICIENT DES TRAVAUX



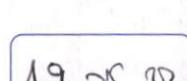
MONTANTS DES SOINS



DEBUT D'EXECUTION



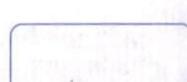
FIN D'EXECUTION



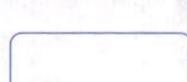
CCEFFICIENT DES TRAVAUX



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

CENTRE DENTAIRE ANWAL

مركز طب الأسنان أنوال

Docteur Mariem Zarkik

Médecin Dentiste
Spécialité en Chirurgie Avancée
en Implantologie et Parodontie
à l'Université de Bordeaux
Orthodontie
Dentisterie Esthétique



الدكتورة مريم زرقيق

طبيبة جراحية للأسنان
متخصصة في الجراحة المتقدمة
لرعاية الأسنان و أمراض اللثة
تقديم إعوجاج الأسنان (بوردو)
تجميل الأسنان

Casablanca le : 12/05/2023

Patient (e) : Madame BENTALEB Nisrine

FACTURE N°: FA51/23

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraire
12/05/2023	18	Détartrage	DET	300

Total :300,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : TROIS CENTS

Dr. Mariem ZARKIK

Chirurgien dentiste - Implantologue
Anoual Capital Center, 416 Angle Bd. Abdelmoumen
et Bd. Anoual, 3^e Etage Appt. 23 - Casablanca
Tél.: 05 22 98 88 80 - GSM : 06 62 14 41 54

Anoual Capital Center

416, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual - Entrée A - Etagé 3 Appart 23 - Casablanca

Tél. : 0522.98.88.80 - **Gsm** : 0662.144.154 - **E-mail** : cabinetdrzarkik@gmail.com - **Site web** : drmeriemzarkik.com

I.F : 49628608 - **Patente** : 34712496