

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

- Reclamation : 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.

M22- 0058851

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **110418**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MARZOUKI charifa**

Date de naissance : **22-02-1975**

Adresse : **Mutuelle**

Tél. : **06.43.14.68.02** Total des frais engagés : **300,000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZIANE M. FAYCAL
CHIRURGIEN DENTISTE
Résidence KARIM - Place Hadj Ahmed
Mekouar, Ain Seba - CASABLANCA
Tél: 0522 34 32 90
INP: 094014321
ICE: 00171209900035

Date de consultation : **10/06/23** Nom et prénom du malade : **MARZOUKI charifa** Age : **47**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Carie dentaire

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 : **RAM**

Le : **13/06/2023**

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	3 7	ord	Dn	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				300, ✓
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				10/6/2023

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ziane Mohammed Fayçal

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire de chirurgie
Buccale et Implantologie Orale
Faculté de Médecine de
l'université de la Côte d'Or
FRANCE

الدكتور زيان محمد فيصل

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في جراحة الفم وغرس الأسنان
كلية الطب بجامعة الساحل الذهبي

فرنسا

CASA le 10/06/2023

Note d' honneur,

Reçu de M^{me} MARZOUKI CHARIFA

1^{er} SEM de 2023 à 2024

-37 obt

D_{me}

Dr ZIANE M. FAYCAL
CHIRURGIEN DENTISTE
Résidence KARIM - Place Hadj Ahmed
Mekouar, Ain Sebaâ - CASABLANCA
Tél : 05 22 34 32 90
INPE 094014321
IF 49831000

إقامة كريم ساحة الحاج أحمد مكوار قرب ثانوية ابن العوام عين السبع - البيضاء - الهاتف : 05 22 34 32 90
Résidence Karim, Place Hadj Ahmed Mekouar (Près du Lycée Ibn Aouam) Ain-Sebaâ - Casablanca - Tél : 05 22 34 32 90
INP : 094014321 - ICE : 001712099000035