

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.

M23-014131

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

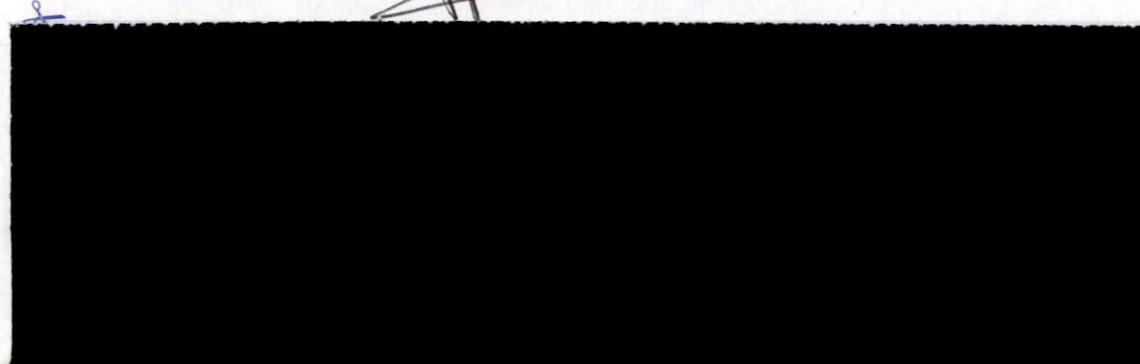
Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|--|----------------------------------|-------------|
| Matricule : | M99 | Société : | R.A.M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 728585 |
| Nom & Prénom : | | JAYED ZOURIDA | |
| Date de naissance : | | Habituelle | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | 0668741712 | Total des frais engagés : | 72,5 90 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tel: 0522 94 04 40-0663 09 54 71

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | 30/05/2023 | | |
| Nom et prénom du malade : | JAYED ZOURIDA | Age: | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | soins dentaires | | |
| 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. | | | |
| Fait à : | CASABLANCA | Le : | 23 AOUT 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 Fourmeau
'HARMAZIE SARANAZ'
 S.A.R.L.A.U
 140 Lot Smirada Lissasta
 Casablanca
 Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Date

Montant de la Facture

20/05/03

126,30 Dhs

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

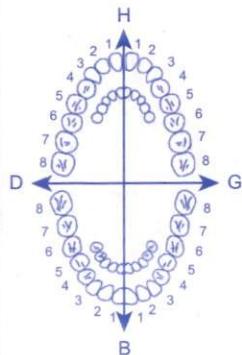
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 | Cœfficient |
|---|----------------|-----------------------|--|
|  | | <i>Détartrage Drz</i> | <i>Dz2</i> |
| | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | <i>600,00</i> |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | <i>Dr Mohammed EDDAIFI</i> |
| | | | <i>Chirurgien Dentiste</i> |
| | | | <i>240 Bd Ibnou Sina - Casablanca</i> |
| | | | <i>Tel: 0522 94 04 10 - 0661 08 54 71</i> |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | <i>30.05.23</i> |
| | | | CŒFFICIENT 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 |
| | | | <i>Dr Mohammed EDDAIFI</i> |
| | | | <i>Chirurgien Dentiste</i> |
| | | | <i>240, Bd Ibnou Sina - Casablanca</i> |
| | | | <i>Tel: 0522 94 04 10 - 0661 08 54 71</i> |

Dr Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

Casablanca, le 30 mai 2023

ORDONNANCE

Mme JAYED ZOUBIDA

1. CLAMOXIL 1g (Comprimés)

1 comprimé deux fois par jour pendant 6 jours. A commencer la veille de l'intervention.

2. SOLUPRED 20mg (Comprimés)

3 comprimés, en une seule prise, le matin pendant 5 jours. A commencer de l'intervention.

3. CODOLIPRANE (Comprimés)

2 comprimés 3 fois par jour, pendant 3 jours. A commencer après l'intervention.

4. PERIO-AID (Bain de bouche)

En rinçage buccal, 3 fois par jour, pendant 10 jours. A commencer lendemain de l'intervention.

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.A.Z-A-U
140 Lot Smirakda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr Mohammed EDDAIF

Or Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
140, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 04 00-0663 09 54 71

Dr Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

Casablanca, le 30 mai 2023

Note d'honoraire N° : 239 - 2023

Patient : JAYED ZOUBIDA

| Date(s) | Libellé des actes de la nomenclature | Dents | Honoraires |
|----------------------------|--------------------------------------|-------|-------------------|
| 30/05/2023 | Détartrage | | 600,00 DH |
| Total du traitement | | | 600,00 Dhs |

Arrêté la présente facture à la somme de six cents Dirham

Signature


Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 04 40-0663 09 54

ME DENTAL CLINIC. 240Bd IBNOU SINA. Casablanca. Tel : 06.63.09.54.71 - 06.63.09.54.71

ICE: 002146690000071 / INPE: 094177235 / IF: 40436249