

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0008888

Couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581

Société : R.A.I

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZARRAI Abdellatif

Date de naissance : 26.06.1957

Adresse : 1117 AZLI 540 ZARRAUCY

Tél. : 0601548270 Total des frais engagés 1050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR ENNAI ABDELKEBIR
CHIRURGIEN DENTISTE
TEL: 0524 34 24 23 / 0606 66 54 04
ADRESSE: MASIRIA 1C, AV AL KANTARA
CENTRE D'AFFAIRE DE TASSIRA, 1^{er}
ETAGE BUREAU N° 105 MARRAKECH

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZARRAI Abdellatif Age: 66

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 : DR M

Le : 18.12.2023

Signature de l'adhérent(e) : ZARRAI Abdellatif

Déclarant	Rencontré	Il se déclara	réclame
Couleur			

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

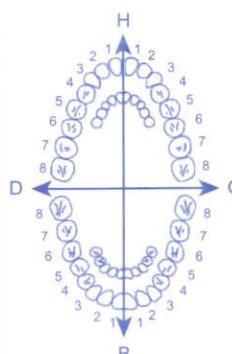
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

0 0CENTRE DENTAIRE ENNAJI
DR ENNAJI ABDELKEBIR
Chirurgien dentiste
Laureat de la faculté de Medcine dentaire
De Rabat
Ex Medecin dentiste des forces auxiliare
De rabat

ICE: 003147916000093

INPE: 074199498

IF: 52656079

N°DE PATENTE : 92103433

Marrakech : Le19/12/23

Facture :
22212/23

Reçu la somme de 1050dh pour composite sue la 23 + detartrage.

De Mr abdellatif zarrai

Montant payé : mille cinquante dirhams.

DR ENNAJI ABDELKEBIR
CHIRURGIEN DENTISTE
Signe
TEL: 0524 34 24 23 / 0666 66 54 04
ADRESSE: MASSIRA 1C, AV AL KANTARA
CENTRE D'AFFAIRE AL MASSIRA, 1ER
ETAGE BUREAU N°6 MARRAKECH

Massira 1C ,Av alkantra ,centre d'affaire almassira,1^{er} etage
N06
0524342423/0666665404