

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- 0023198

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2698	Société :	A 89769
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	La Houcine
Nom & Prénom : BOUMZAIRIG			
Date de naissance :	02/07/1953		
Adresse :	N° 60 Lot Sidi Abderrahmane Rue 29		
Tél. :	06 33 52 92 00	Total des frais engagés :	269 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



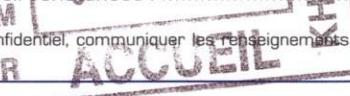
Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

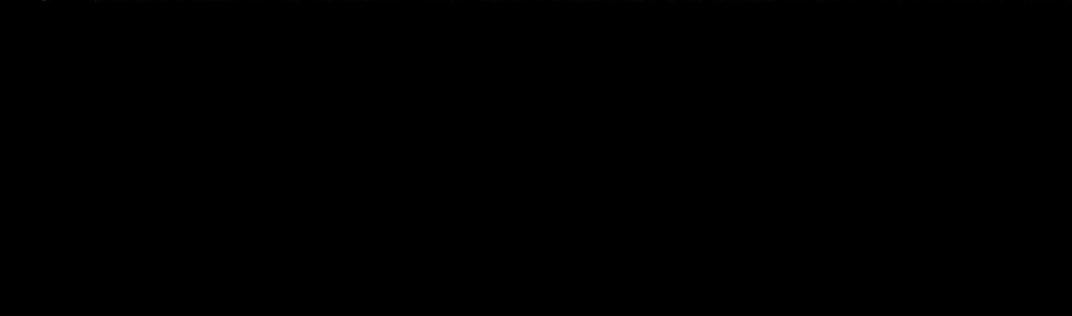
Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie :

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 : CM SA Le : 08/01/2024
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
	29/12/23	69,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A 3D grid diagram with three axes: Depth (D), Height (H), and Breadth (B). The grid is labeled with numbers 1 through 8 along each axis. The grid is represented by a series of concentric spheres.

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

TAJIN *nonameu*
Chirurgien Dentiste
VISA ET CACHEE DU PRISONNIER EL Maani
291, Rue Muhamma El Asbab
TÉL: 0522 20 56 29 TESTANT L'EXECUTION

Dr. TAJI MOHAMED
Chirurgien dentiste

Diplome d'orthopédie dento-faciale (Dijon)
Diplome de biomatériaux et systèmes
implantaires (Bordeaux).
Diplome de radiologie dentaire et
maxillo faciale.
Diplome de management du cabinet dentaire.



مركز طب الأسنان المعاني

Centre Dentaire El Mâani

د. تاجي محمد
طبيب جراحي للأسنان

دبلوم تقويم الأسنان بديجون (فرنسا).

دبلوم زرع الأسنان بيور دو (فرنسا).

دبلوم التصوير بالأشعة الراديوLOGIC للأسنان.

دبلوم تسيير عادة طب الأسنان.

Casablanca le, 29/12/2023

M. BOUMZAIRIG Lahoucine

AMOXIL 1 g

1 comprimé 2 fois par jour après repas pendant 6 jour(s).



DOLIPRANE 1000 mg

1 comprimé 2 fois par jour pendant 4 jours.

PPV : 55,00 DH
LOT : 652123
PER : 03/25

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3394

*Dr TAJI Mohamed
Chirurgien Dentiste
291, Rue Mustapha El Mâani
Tél: 0522 20 56 29 - Casablanca*