

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.

M23-0017616

146-90

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08658

Société : RSM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Naji El MEKKI

07/12/70

Adresse : E.S.C. Laayoune

Tél. : 066291541

Total des frais engagés : 3000,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Gajmoula AJEF
Chirurgien Dentiste
0528.99.29.72
Laayoune

Date de consultation :

23 Nove 2023

Nom et prénom du malade :

Elouf Naji

Age : 46 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

clame AI et engorge avec caractère inversé

catarrhe.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

ALD ALC

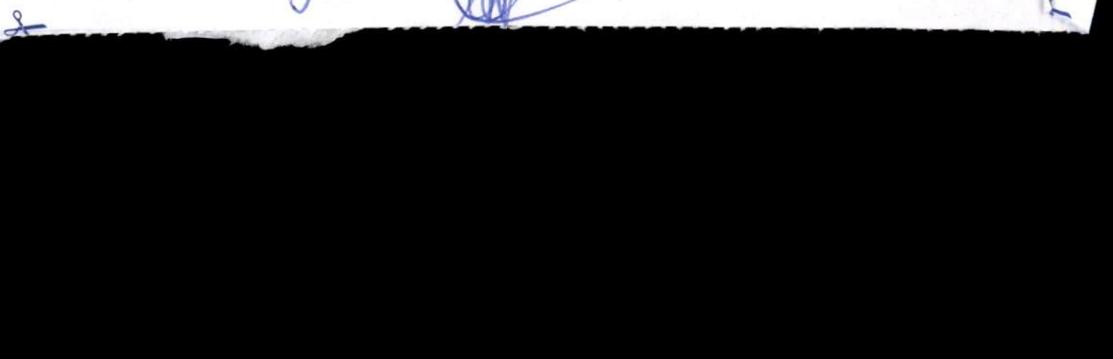
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 28/11/23

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

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	

BELEVE 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Masque de Delaire (orthopédie)

[Lime Semestre]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CASHEU DU PRATICIEN ~~APRÈS~~ ATTENTANT L'EXECUTION

Dr. Gajmoula ALJEFRA
Chirurgien-Dentiste

Tél: 0528.99.29.72

Laàvouné

1000

N° Dossier: 146090 

N° Dossier externe: PEC-08658-23-01-2023

Type de dossier: DENTAIRE 

Bénéficiaire: NAJI ILAF

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 23-01-2023 

Date de fin: 23-01-2023 

Date de saisie: 23-01-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
30-01-2023	27-01-2023 Manuel ACC D90 1ER SEM ODF

Dr. GAJMOULA AJEF

Chirurgienne Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine de DAKAR



الدكتورة كجمولة أJeff
طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان ب Dakar

علاج - تعويض - تقويم - جراحة - تبييض - علاج أمراض اللثة - أشعة

SOINS - PROTHÈSE - ORTHODONTIE - CHIRURGIE - BLANCHIMENT - PARODONTOLOGIE - RADIOLOGIE

FACTURE

M.Mme.Mlle : I. Laaf. Naji

Date	Nature de l'Acte	Prix U.	PrixT.
23 Nov 2023	Orthopédie		
	Masque de dentier pour correction de l'articulation inverse anterieure		
	Leur Sénéghais du 01/09/2023. jusqu'au 01/02/2026.		
	Dr. Gajmoula AJEF Chirurgienne Dentiste Tél: 0528.99.29.72	TOTAL	3000,00 ₣

Arrêter la présente Facture à la somme de : 3000,00 ₣

Dr. Gajmoula AJEF

Chirurgienne Dentiste

Tél: 0528.99.29.72

Laâyoune

ICE : 003097686000049 / IF : 52507235

EMAIL: DR.GAJMOULAAJEF@GMAIL.COM

TEL:+212 528.99.29.72

AV ABDERRAHMANE ENNASER RUE ASSALIL

شارع عبد الرحمن الناصر زنقة السليل

IMM 18 2ÈME ÉTAGE APPARTEMENTS N°2 LAÂYOUNE

عمارة 18 الطابق 2 الشقة رقم 2، العيون