

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5697 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rousset Khadija

Date de naissance :

15/10/1956

Adresse : Hay AL Qads Des AL Pajr Hamm F N°

12 Bemoussi Casa

Tél. 06 42 96 31 22 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/2023

Nom et prénom du malade : KHADIJA Age :

Lui-même

Conjoint

Age :

Lien de parenté :

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

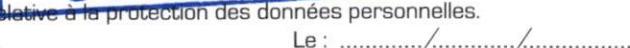
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

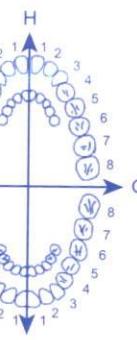
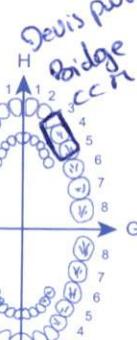
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
			Coefficient des travaux									
			Montants des soins									
			Début d'exécution									
			Fin d'exécution									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Bridge céramo métallique sur (23, 24, 25)</p>											
	DATE DU DEVIS											
	DATE DE L'EXECUTION											
Docteur ZAKI Amine Chirurgien Dentiste N° 19 Avenue 19 - Bâtiment 10 - 1er Etage Bab El Oued - 1007 - Algérie Télé: 022 23 55 54	Docteur ZAKI Amine Chirurgien Dentiste N° 19 Avenue 19 - Bâtiment 10 - 1er Etage Bab El Oued - 1007 - Algérie Télé: 022 23 55 54											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Lut. 19 Avril 19... Bâtiment 10 - Bab El Oued - 1er Etage Bab El Oued - 1007 - Algérie Télé: 022 23 55 54	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Lut. 19... Bâtiment 10 - Bab El Oued - 1er Etage Bab El Oued - 1007 - Algérie Télé: 022 23 55 54											

N° Dossier: 186209 
N° Dossier externe: ACC-05697-11/12/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: ROUSSI KHADIJA
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 11-12-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 11-12-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

  Ajouter 

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
12-12-2023	Manuel	ACC D 540 BCM 23 24 25 S/R RX APRES DR ZAKI

Docteur ZAKI Amine

Chirurgie Buccale - Soins Dentaire - orthodontie
Parodontologie - Dentisterie esthétique - Prothèses
Implantologie



الدكتور زكي أمين
جراحة . علاج الأسنان . تقويم الأسنان
تبنيض . علاج اللثة
تعويض الأسنان و زراعة الأسنان

Identifiant Fiscale : 47336680

ICE : 002698500000013

Numero d'ordre : 5757

INPE : 094193380

Patente : 31604511

Facture N° :

Date : 24/01/2024.

Nom et prénom du patient : Rousen KHADIDJAT.

Assurance : MU PRAS.

Type de Travaux réalisés : Prothèse

Montant de la facture : 3000

Paiement : espèce chèque virement

Arrêté la présente facture à la somme : Neuf Mille

R. H. S.



حي القدس 2 عمارة 1 طابق الثاني تجزئة 19 شقة 19 شارع الليث ابن سعد سيدى البرنوصى

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 55 78

Hay Al Qods 2, Imm 1, 2ème Etage, Lot.19, Appt 19, Bd Allait Ibnou Saâd
Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél.: 05 22 75 55 78 - E-mail : cabinet.dr.zaki@gmail.com

Chart No:

Nom:rouissi khadija 2023-12-08

Sexe:Mâle Age:



Rx Avant 23.24.25'

~~Docteur ZAKI Dentiste
Chirurgien Dentiste et Implantologie
Havellandstrasse 10
82252 Garmisch-Partenkirchen
Sidi Bel Abbès
Télé: 08 9 22 55 28~~

Nom de la clinique:

Adresse:

Coordonnées:

Chart No:

Nom:rouissi khadija 2024-01-24

Sexe:Mâle Age:



Rx Apres (23, 24, 25)

Docteur ZAKYamine
Chirurgien Dentiste
Tunisie
Hay El Houda
Lot 10, Rue 10
Sidi Bou Said
Tél: 05 22 34 56 78

Nom de la clinique:

Adresse:

Coordonnées: