

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

196371

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	9907	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LAAROUSSI Abderrazak		
Date de naissance : 23/09/69		
Adresse : N°6 Rue 21 Hay Ousra Ain Chok Casablanca		
Tél. : 0661 0954 67	Total des frais engagés :	371,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	14/10/21/24	Age:
Nom et prénom du malade :	ABRI Bancha	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	abc opératio	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-pléononfidential 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
Signature de l'adhérent(e) :

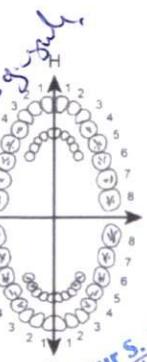
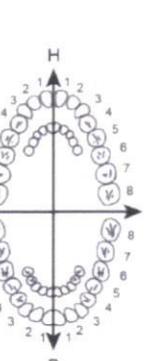


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/24	171,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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  <i>Docteur S. ETTAKI</i> <i>CHIRURGIEN DENTISTE</i> <i>3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°1</i> <i>2ème Etage - Tél : 05 22 27 55 55</i>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
		<i>Coronules (s)</i> <i>Docteur S. ETTAKI</i> <i>CHIRURGIEN DENTISTE</i> <i>3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°1</i> <i>2ème Etage - Tél : 05 22 27 55 55</i>																	
		INP : INPE:094015781																	
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX (s)																	
		MONTANTS DES SOINS 2000																	
		DEBUT D'EXECUTION 146.212.4																	
		FIN D'EXECUTION 146.212.4																	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">---</td> <td style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	---		---	B	00000000	00000000	35533411		11433553
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
---		---																	
B	00000000	00000000																	
35533411		11433553																	
		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>Docteur S. ETTAKI</i> <i>CHIRURGIEN DENTISTE</i> <i>3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°1</i> <i>2ème Etage - Tél : 05 22 27 55 55</i>																			

Docteur S.ETTAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplômée de l'université
de Paris
Spécialiste en Prothèse
fixe, amovible et pathologie
de la muqueuse buccale

الدكتورة س. التاقي
طبيبة جراحة للأسنان
خريجة جامعة باريس
اختصاصية في التعويض الثابت
المتحرك وأمراض الفم

Casablanca, le : ١٤٦٥٢١٢٦

Mme ASKRI Ben HAFSA

Note d'honneur

Consultation CS = 2 جل

Docteur S.ETTAKI
~~CHIRURGIEN DENTISTE~~
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05.22.27.55.55

Docteur S.ETTAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplômée de l'université
de Paris
Spécialiste en Prothèse
fixe, amovible et pathologie
de la muqueuse buccale

الدكتورة س. التاقي
طبيبة جراحة للأسنان
خريجة جامعة باريس
) اختصاصية في التعويض الثابت
المتحرك وأمراض الفم

Casablanca, le : ١٤١٥٢ / ٢٩

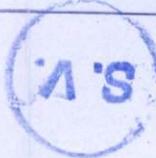
Docleur S. ETAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05.22.27.55.55

Mme ASRI, BandRA

126.3

① Augmenter

l sacheb 2+16 pd73



PPU: 126.30 DH
LOT: 649741
PER: 03/24

45.5

② cataphracto

1c82+1, pd36



LOT: M23074
EXP: AUR 2026
PPU: 45.50 DH

Docleur S. ETAKI
CHIRURGIEN DENTISTE
3, Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4
2ème Etage - Casablanca
Tél : 05.22.27.55.55

03 Avenue 2 Mars, Immeuble MARWA N°4, 2^{ème} Etage - Casablanca
Tél : 05.22.27.55.55 - ICE : 001712135000033