

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3505

Société :

RAM

496524

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MARJANY

Autre : RACHIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 39 63 48 99

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور يوسف (عمر)
طبيب جريمي للاستاذ و اسرافه الم
دكتور يوسف العصري - المصلحة
الدولية للتأمين - الرباط
052 99 99 40 30

Date de consultation : 10/09/94

Nom et prénom du malade : MARJANY RACHIDA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

MUPRAS
26 FEV 2024
ACCUEIL

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
10/07/1994			ج.س ١٠٠	دكتور ناصر زعبي طبيب جراثي للأطفال طبيبة ناصر زعبي رقة تل الزعبي ج.س 99.99.40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE M. RISS 131 BD DE LA REINE 75017 PARIS TÉL. 01 43 22 25 54 06 22 25 54	12/09/2014	163,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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	
D	25533412 00000000
	21433552 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A dental arch diagram showing a row of teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Arrows indicate orthodontic movement: a horizontal arrow pointing left from tooth 8 to tooth 1, and a vertical arrow pointing down from tooth 1 to tooth 8.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Younes ZAARI

Chirurgien Dentiste

Stomatologiste Orthodontiste

D.U. Implantologie Chirurgicale Orale

et Maxillo - Faciale

Université Paul Sabatier Toulouse



دكتور يونس زعيري

طبيب جراحي لأسنان وأعراض الفم

طبيب لأسنان

لتويم

زرع اسنان



Casablanca, le 10/08/1996

MARJANY RACHIDA

1) ZANZ 18 (farm)

2) 22,20 USACHET (75) (75)

3) 100 Voli PRAME (n)

4) 23,00 PAP 915 (75) (75)
5) PAP 915 (75) (75)

6) 143,20

دكتور يونس زعيري
طبيب جراحي لأسنان وأعراض الفم
2, زرع دل الزمامن 2 المارينا
الهاتف: 0522 99.39.40 - البريد:

PPV: 22DH20
PER: 09/25
LOT: M2872

PPV: 98DH00
PER: 10-25
LOT: M 3344

LOT: 23E002
PER: 06 2027

PANSORAL
GEL BUCCAL T15G
P.P.V: 23DH00
6 118000 012078



ZAMOX® Adulte
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
1g/125mg

12 SACHETS

6 118000 041115