

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- 0026910

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8892

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOUAR

ZAKIA

Date de naissance : 21.01.69

Adresse : 6, Rue de la Réunion App 13 Casablanca

Tél. 0661 06 9972 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : M / 13 / 29

Nom et prénom du malade : ANOUAR ZAKIA

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 : Casablanca

Le : 13 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : ANOUAR ZAKIA



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

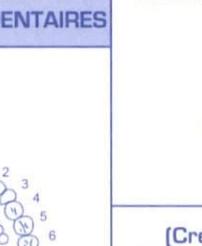
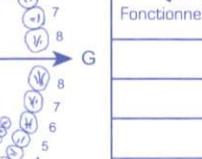
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		<i>Dr M. 103/124</i> <i>Dentist Work Session</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX Drg
		<i>M. 103/124</i> <i>DTS</i>	MONTANTS DES SOINS Dossard
			DEBUT D'EXECUTION M/103/124
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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



Dr. Hanane BELHOUJI

Lauréat de la Faculté Chirurgie Dentaire Grenade - Espagne
CES Orthodontie CIRTE - France

Soins - Prothèse - Orthodontie Adulte / Enfant
Implantologie - Blanchiment Dentaire au Laser
Esthétique Dentaire

مركز علاج الأسنان
بدر

ذ. بلحوجي حنان

خريجة جامعة جراحة طب الأسنان بغرناطة - إسبانيا
شهادة تقدير الأسنان CIRTE - فرنسا

علاج - تعويض - تقويم
زرع الأسنان - تبييض الأسنان بالليزر
تزين الأسنان

Casablanca, le : **19/03/2024** الدار البيضاء, في :

FACTURE N°:

Madame ANOUAR Rakia

IF 51322522
ICE 00158404300079
Patente 35691370
INP 094013083

DATE	Dent	Actes	Code	Cotation	Honoraires
11/03/2024	0	DETARTRAGE	D30		600
11/03/2024	0	Consultation	C		200

Total :800.00DH

la présente Facture est arrêtée à la somme de : HUIT CENTS DHS

Dr. BELHOUJI HANANE
MEDECIN DENTISTE
14, Bd. Aïn Taoujoute
Résidence RIAD N°16, 2ème Etage
Bourgogne - Casablanca
Tel: 0522 27 06 67

IF:51322522 ICE:00158404300079 Patente:35691370 INP:094013083

14، شارع عين تاوجطات إقامة رياض، رقم 16 الطابق الثاني، بوركون - الدار البيضاء

14, Bd. Aïn Taoujoute Rés. RIAD N°16, 2ème Etage, Bourgogne - Casablanca

الهاتف : 05 22 27 06 67 - البريد الإلكتروني : drbelhouji@gmail.com