

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEMMAT

MOHAMED

Date de naissance : 08/04/1958

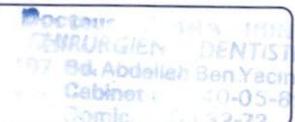
197441

Adresse : HABIBI TIZELLE

Tél. : 0619015747 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2024

Nom et prénom du malade : Zemmat Mohamed Age : 804

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Peris pour prot. dent.

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 : NEJDEH

Le : 03/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : ZEMMAT

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien certifie que les soins ont été effectués conformément à la prescription et dans l'intérêt de la santé de l'assuré.

Imp. Veudou

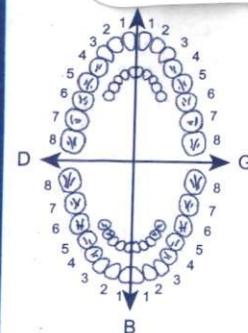
SO

HONORAIRES

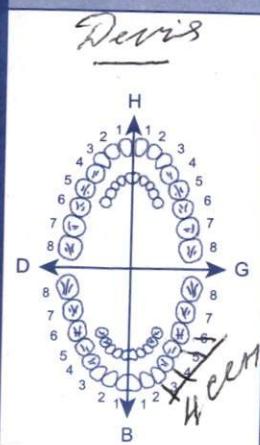
qué en indiquant la nature des soins.

Le traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

ZEMMAT
Zemmat
Mohamed
Radio
après
cavité
4 cm
55,54,35,56



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

bridge 4 cm
sur 33,54,35,56

D 500

7200 dh

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

Docteur CHIRURGIEN DENTISTE

187, Bd. Abdellah Ben Yacine

Cabinet : 40-05-89

26.03.2024

Docteur LEPINA IRINA
CHIRURGIEN DENTISTE

197, Bd. Abdellah Ben Yassine
Bélvédère - Casablanca
Tél.: 0522.40-05-89

INP: 94015856 - ICE: 001777119000001

الدكتورة ليينا إيرينا
طبيبة جراحية للأسنان

Fact 197، شارع عبدالله بن ياسين
بليدير - الدار البيضاء
الهاتف: 0522.40-05-89

16.03.2024

Casablanca, le

17^e Zemmat
Mohamed

bridge 4 cen mu

33, 34, 35, 36

D 720

7200 dh

oui

Docteur LEPINA IRINA
CHIRURGIEN DENTISTE
197, Bd. Abdellah Ben Yacine
Cabinet : 40-05-89
Domic. : 03 32-72-21



APPROXIMATELY 100% OF THE
PUPILS IN THIS CLASS ARE
EXCELLENT

100%