

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.

N° W21-823126

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11232	Société : RAM	204071	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HANKRIR Mohamed			
Date de naissance : 12-09-1966			
Adresse : May el hama Rue 34 n° 12 CASA			
Tél. : 0662763468	Total des frais engagés : 1176,80 Dhs		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Cadre réservé au Médecin Dr Zineb MEKOUAR Chirurgien Dentiste - Orthodontiste 710 Bd El Guedid - 6ème étage Appart 1 Casablanca - Tél. : 05 22 21 51 21 </div>			
Cachet du médecin DR ZINEB MEKOUAR 17/03/2014 ASSEM AL LATIFA Age: 54 Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>			
Date de consultation : 17/03/2014			
Nom et prénom du malade : ASSEM AL LATIFA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : Deux dents			
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 : **CASA**

Le : **1/4/2014**

Signature de l'adhérent(e) :

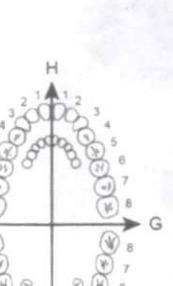


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Remiseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOFAC 14</i> Coopérative Sofac 14 Quicq 14620 Tél. 02 32 22 20 20	29/12/24	122,20
<i>PHARMACIE AIR CHOC</i> Quicq n° 10 Ain Choc 14620 Tél. 02 32 22 20 20	14/03/24	54,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Caractéristiques et signes	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Caractéristiques et signes Laboratoire et du docteur en pharmacie et Homeopathie Tél. : 05 22 87 05 99		092058908	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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																				
 <p>SOINS DENTAIRES</p> <p>Extracties 42 43 45</p> <p>42-43-45</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0947479603																
	2 2	Extractie	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₀ x 5																
	2 3	Extractie	D ₁₀																	
	4 2	Extractie	D ₁₀																	
	4 3	Extractie	D ₁₀																	
	4 5	Extractie	D ₁₀		MONTANTS DES SOINS 1000,00 F															
 <p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>EXTRAITES 1-8</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DEBUT D'EXECUTION 27/03/24																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
			FIN D'EXECUTION 14/03/24																	



DENTAIRE ET ORTHODONTIE MEKOUAR

مركز جراحة وتقويم الاسنان



Docteur. Zineb Mekouar

Chirurgien - Dentiste
Orthodontiste



د. زينب مكوار
طبية جراحة وتقويم
الأسنان

ORDONNANCE

Casa, le 27/02/24

Mme. Assimel latifa

51,40

1) AMOXILE (1g)

1 g 2x4 pdt 6 jours

40,00

2) effpred (20)

3 g effervescent x 1 pdt pdt 3 jours

13,10

3) Doliprane (1g)

1 g 2x4 pdt 3 jours

14,70

4) elavil (30)

30 g poudre

3 g pdt 1/3 pdt 3 jours

Total: 122,20

Dr Zineb Mekouar
Dentist - Orthodontist
10, Bd El Qods 1er Etage Appt 1
Casablanca - Tel. 0522 21 37 24

710, Bd El Qods 1er Etage Appt 1, (Pâtisserie les quatre cerises) Casablanca

05 22 21 37 24 / 06 14 18 80 71 شقة 1 الدار البيضاء - الهاتف :

IZADO NO 22 HONDURAS: HN-C-1117-0
CONCEPÇÃO IBUD 12.25 COSTA RICA: C-323-08
S LTD. UT.AV. CRA. 1220
SP. P.P.C. OLOM
127- SOKAPHARM 54,60
AAK ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS PELA
IS N ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS PELA
PROCESSO: 18/2011-15
127- SOKAPHARM 54,60
AAK ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS PELA
IS N ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS PELA
PROCESSO: 18/2011-15

CENTRE DENTAIRE MEKOUAR

مركز طب وجراحة الأسنان مكوا

Esthetique du sourire et orthodontie

جميل وتقديم الأسنان

Docteur, Zineb Mekouar

Chirurgien - Dentiste



الدكتورة زينب مكوار
طبيبة جراحة الأسنان

ORDONNANCE

Casa, le 14.03.24

Mme Assouad Latif

54,60
1) Peisle (gel)
1 Applicat 394 pdt 109



Dr Zineb MEKOUAR
Chirurgien Dentiste - Orthodontiste
710, Bd El Qods, 1er étage Appt 1
Casablanca - T.A. 05 22 21 37 24 / 06 14 18 80 71
710 شارع القدس الطابق 1 شقة 1 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 37 24

Diplômée en dentisterie esthétique avancée de l'université de Gênes - Italie

710, Bd El Qods 1er Etage Appt 1, (Pâtisserie les quatre cerises) Casablanca

05 22 21 37 24 / 06 14 18 80 71 شارع القدس الطابق 1 شقة 1 الدار البيضاء - الهاتف :

www.centredentaireMekouar.com

Docteur MEKOUAR ZINEB

Chirurgien dentiste-Orthodontiste

710, Bd El Qods, 1^{er} Etage Appart 1 , Ain chock

Tel : 0522213724

Facture N°46/2024

Casablanca le :14/03/2024

Nom De patiente :Mme ASSEMLAL LATIFA

Date	Dents	Actes	Cotation	Montant
27/02/2024	22	Extraction	D10	200.00 dhs
29/02/2024	23	Extraction	D10	200.00 dhs
05/03/2024	42	Extraction	D10	200.00 dhs
09/03/2024	43	Extraction	D10	200.00 dhs
14/03/2024	45	Extraction	D10	200.00 dhs

La présente facture est arrêtée à la somme de : 1000.00DHS

ICE : 001889002000031 /INPE : 094179603 /PATENTE :34080220 / IF :20740808

Dr Zineb MEKOUAR
Chirurgien dentiste - Orthodontiste
710, Bd El Qods - 1^{er} Etage Appart 1
Casablanca - 131522 - 5121