

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 08087 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAOUA CHE DASS A3Abu

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 126,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA AZIZ
CHIRURGIEN DENTISTE
Spécialiste en Orthodontie
63, Av Lalla Yacout, 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 0522 31 35 04 / 0522 44 40 93

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. KARACHE DRSS. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sinduk

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

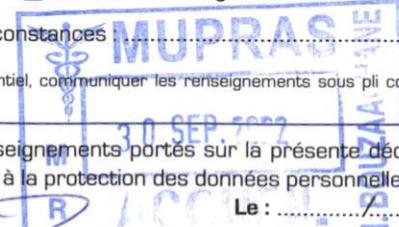
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANAFE Mme MESTASSI Karak Pharmacienne NPE 092009984</i>	1/09/22.	126,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	Coefficent	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">25533412 21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">00000000 00000000 35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="width: 50%; text-align: left;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B		<p>H</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>L</p> <p>M</p> <p>N</p> <p>O</p> <p>P</p> <p>Q</p> <p>R</p> <p>S</p> <p>T</p> <p>U</p> <p>V</p> <p>W</p> <p>X</p> <p>Y</p> <p>Z</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553
H	25533412 21433552 00000000 00000000												
D	00000000 00000000 35533411 11433553												
B													
25533412	21433552												
00000000	00000000												
35533411	11433553												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz BERRADA

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Implantologie

D.U. d'Orthodontie Infantile et Adulte (Nantes)

D.U. d'Implantologie (Bordeaux)



المُدْرِّسُ عَزِيزُ بِرَادَا

طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في تقويم اعوجاج و زرع الأسنان

شج في تقويم اعوجاج أسنان الأطفال و البالغين (فانت)

شج في زرع الأسنان (بوردو)

Casablanca, le

01.09.22.

MR KERUISET DENTIST.

صيدلية المُدْرِّس

PHARMACIE ANAFE

Mme MESTASSI Farah

Pharmacienne

37, Rue Félix el Max Guedj Casablanca Tél: 0522 274194

INPE 092009984

241^o Cataffacem

LOT: M22042
EXP: FEV 2025
PPV: 24,00 DH

SCP 24/15 pri
fut 5 fars —

DR. BEKKALIA AZIZ
CHIRURGIEN DENTISTE
63, AV. Lalla Yacout
2ème Etage CASABLANCA
Tél: 05 22 31 35 04

PER: 01-21-2024
CP PEL B15
P.P.V.: 102DH00
Barcode: 6 118000 060567

1021 1021 2024 24/15 1 le

PHARMACIE ANAFE
Mme MESTASSI Farah
37, Rue Félix et Max Guedj Casablanca
INPE 092009984

Sur Rendez-vous

بالموعد

63 شارع لا ياقوت الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.31.35.04 / 05.22.44.40.93

63, Avenue Lalla El Yacout - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 31 35 04 / 05 22 44 40 93

I.F : 43403930 - ICE : 001877583000078