

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

17958X

Matricule : <u>1984</u>	Société : <u>RAN</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>ZEROUAL MOHAMED</u>	
Date de naissance : <u>01/06/1951</u>	
Adresse : <u>5, Résidence ATCHIA, Appart n° 18, Rue Al OUKHBANE, AÏTY RATHI BENSAÏDINE CASA</u>	
Tél. : <u>06 63 41 40 15</u>	Total des frais engagés : <u>75, 50 DH</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور زهاد بن عزيز
طبيب جراثي للأطفال و الأمراض المخدرة
زنقة كل فوز على - المغاربية
0522 22 23 40

Date de consultation : 23/07/2013

Nom et prénom du malade : ZEROUAL MOHAMED Age:

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 : CSM

Le : 27/07/2013

Signature de l'adhérent(e) : ZY

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
(23) 07 23	63	63	gratuit	
				دكتور هشتن عزويز دكتور هشتن عزويز، اسراف الماء زنقة نيل العباسية - المطرية 電話: ٠٩٦٣٩٣٩٠٤٠ - البريد: ٠٩٦٣٩٣٩٠٤٠ - البريد:

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Ahmed CHAERY 092031392	23/07/23	25,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA 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



الدكتور يونس زعري

طبيب جراحي للأسنان وأمراض الفم

تقدير الأسنان

زرع الأأسنان

Casablanca, le

٩٣ | ٥٧ | ٩٣

٢٥,٢٦

(D) Bispirazole (P)

١٨,٢١,٣

S.V

دكتور يونس زعري
طبيب جراحي للأسنان وأمراض الفم
زنقة نيل العلامة - المحمدية
الرقم ٤٠٤٠٤٠٣٣٩٢ - ٥٣٩٢
電話 ٠٥٢٢٩٩٢٢٤٠

Dr. Ahmed CHAFRY
092031392
PHARMACEUTICAL

2, Rue Tal Ezaâtar (ex. Rue de Louvre)

Angle Brahim Roudani (Maârif)

Casablanca - Tél. : 05 22 99 22 40

卷之三

d

۵۱۴ نویسنده و مترجم پیشواز ۲۵۰

卷之三

ଭାରତ ପର୍ମେ

Special

PPV: 75DH50

PBR: 1072
LOT: L3582