

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° W21-825940

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 09736

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELHAROUCHI SOUAD

Date de naissance :

13-10-1969

Adresse :

Tél. : 0662284942

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabbi El Oulfa
Casa. Tel 05 22 93 48 38

Date de consultation :

25/12/2023

Nom et prénom du malade :

EL HICHAM AFFAR SOUAD

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Nature de la maladie :

CHIRURGIEN DENTISTE
CONJOINT
M. SOUAD 2024
ACCUEIL KH. YANNI

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) :

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
25/12/93	Cnsl	04	200,40	INP : Dr. Hicham DEMASSE Chirurgien Dentiste Orthodontiste Bd Ould Erbaï Tel 0522 93 48 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien PHARMACIE ROUTE ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D'AZEMINOUR Hay Hassani Darb Quarda Bloc 607 N°57 - Casablanca Tél. 05 22 30 18 99 INP:092051085	22-04-24	154140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

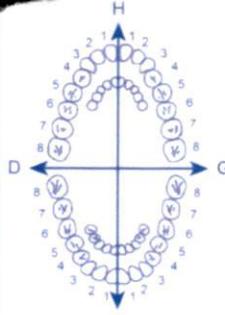
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

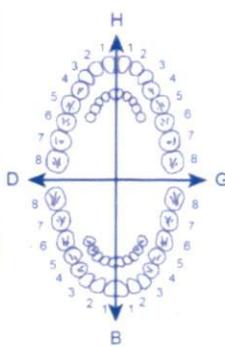
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de

Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul

Sabatier (Toulouse)

**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 22/01/2024

Mme EL HAROUCHI SOUAD

69/00

1) ACLAV 1 / 125 G / MG

1SACHET 2X/JOUR

55/40

2) SURGAM 200 MG

1CP 2X/JOUR



PHARMACIE ROUTE

D'AZEMMOUR

Hay Hassani 607 N° 57

Bloc 607 N° 57 - Casablanca

Tél: 05 22 93 48 38

PHARMACIE
D'AZEMMOUR
Hay Hassani 607 N° 57
Bloc 607 N° 57 - Casablanca
Tél: 05 22 93 48 38

ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

*Poudre pour
suspension buvable
en sachet*

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de **12** sachets

PHARMA5

LOT : 7316

PER : 09/25

PPV : 99DH00