

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : 10363

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELAICH

ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.39.09.44

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MAKOLIVE CHIZLANE
CHIRURGIEN DENTISTE
ORTHODONTISTE
N°320 LOT. 10A 2 DEROUA
TEL : 05 22 03 72 91

Date de consultation : 26/03/2024

Nom et prénom du malade : ELAICH

Lui-même

Conjoint

Age:

K.H. HIMMI

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 : 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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

<p>D</p> <p>G</p> <p>B</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS ORTHOdontiste N°320 LOT. ONA 2 DEROUA TEL : 05 22 03 72 91</p>	<p>Fonctionnel, thérapeutique/nécessaire à la profession</p> <p>Devis</p> <p>DATE DU DEVIS:</p> <p>06/03/20</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>Dr. MAKOURE GHIZLANE</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>ORTHODONTISTE</p> <p>N°320 LOT. ONA 2 DEROUA</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>Dr. MAKOURE GHIZLANE</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>ORTHODONTISTE</p> <p>N°320 LOT. ONA 2 DEROUA</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>Dr. MAKOURE GHIZLANE</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>ORTHODONTISTE</p> <p>N°320 LOT. ONA 2 DEROUA</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>Dr. MAKOURE GHIZLANE</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>ORTHODONTISTE</p> <p>N°320 LOT. ONA 2 DEROUA</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p> <p>MAKOURE GHIZLANE</p> <p>Dr. MAKOURE GHIZLANE</p> <p>CHIRURGIEN DENTISTE</p> <p>ORTHODONTISTE</p> <p>N°320 LOT. ONA 2 DEROUA</p> <p>TEL : 05 22 03 72 91</p>
--	---

Dr. MAKOURE GHIZLANE

Chirurgien dentiste

-Diplômée de la faculté de médecine dentaire casablanca.

-Ex médecin au CCTD CHU Ibno rochd de casablanca.

-Spécialiste en orthopédie dento-faciale enfant et adulte.

Chirurgie - Parodontologie - Orthodontie
Prothèse - pédodontie - Esthétique du sourire
Radiologie



الدكتورة. مكور غزلان

طبيبة جراحة الأسنان

- خريجة كلية طب الأسنان الدار البيضاء -
- طبيبة ساقية بمركز نحص وعلاج الأسنان

أين رشد بالدار البيضاء

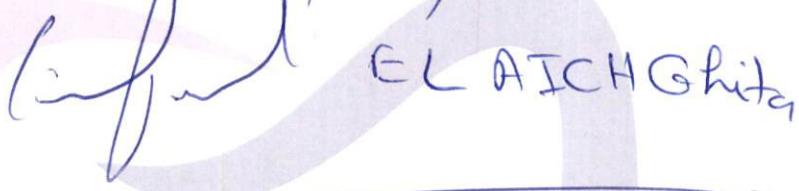
- اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان للكبار والصغرى
جراحة وعلاج الأسنان - تقويم الأسنان

علاج اللثة - زراعة الأسنان - الأشعة

التعويض الثابت وغير الثابت -
تبسيط وجميل الأسنان - طب أسنان الأطفال

Deroua, Le

21/03/2015


Signature: EL AICH Ghitia

Explication 8^e Semestre CDP

D 90

Ville du Soufia 13750
Sect. Fonds Ville Sud Ligue des droits

Dr. MAKOURE GHIZLANE

CHIRURGIEN DENTISTE

ORTHODONTISTE

PEDODONTISTE

RADILOGISTE

تجزنة أونا 02 - رقم 320 - الطابق الثاني . الدروة الدار البيضاء

Lot ona 02-N°320 ETG 02 Deroua



centredentairelona@gmail.com



05 22 03 72 91

N° Dossier: 198176

N° Dossier externe: ACC-10363/08-03-24

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: EL AICH GHITA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 08-03-2024

Date de fin:

Date de saisie: 08-03-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition



Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
12-03-2024	Manuel	ACC D90 2EME SEM ODF