

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

159803

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 08AMAR210
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>			AN
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
	Rose Implant			7000DH
	16			DATE DU DEVIS
				08-05-23

Dr. Hanane BOUZID
VISA Chirurgien Dentiste
DENTIST CENTER
22 Bd El Qods - 21 - ENNAJMA
4e Etage - Bur 21 - ENNAJMA
Tel: 026 87 47 38
Mail: hna.bou@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR BOUZID HANANE
CABINET DR H. BOUZID

el amrani jouty saloua
RX 16



Dr. Hanane BOUZID
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
22, Bd El Qoudy, Rés JET CENTER
4e Etage, 2011 - Casablanca
Tél: 0522 87 47 38
Email: baali.hans79@gmail.com

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-773757

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9512 Société : RAM

Matricule : 9512

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Joutey SALOUA

Nom & Prénom : ELAMRANI

Date de naissance : 27/09/1976

Adresse : DLV ADDAOUHA RESORIN ETG 1, APP 1
HAHA AIN CHOK CALIFORNIE

Tél : 0661216871 Total des frais engagés : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : HANANE BOUZID
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
22, Bd El Qods, Rés JET CENTER
4e Etage, Bur 21 - Casablanca
Tél: 0522 87 47 38
Email: baali.hana79@gmail.com

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : ELAMRANI JOUTEY SALOUA Age : 53

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Implantation

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca Le : 08/05/23

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773757

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____