

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.

143002

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *1100*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *EL MOUDNI Mohammed*

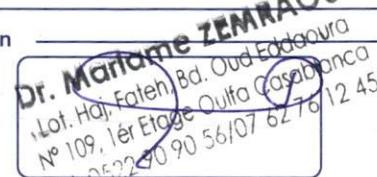
Date de naissance : *09.12.1965*

Adresse : *QULFA, Groupe V, Rue 25, N° 25*

Tél. : *06.61.33.69.79*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *5.12.82*

Nom et prénom du malade : *EL MOUDNI ADAM* Age :
20

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Sens + fesse*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *JO DEC. 2022*

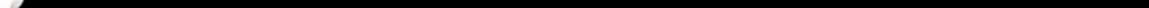
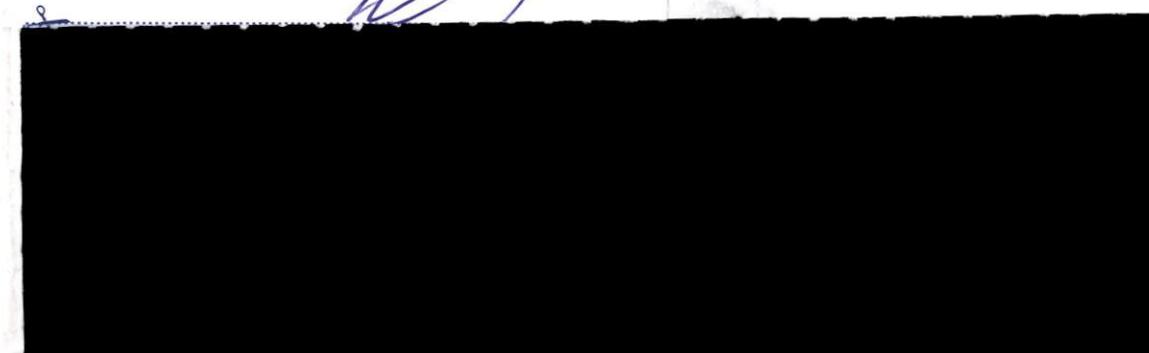
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent[e] : *[Signature]*

Le : / /



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 Honoriaires |
|---|------|-----------------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

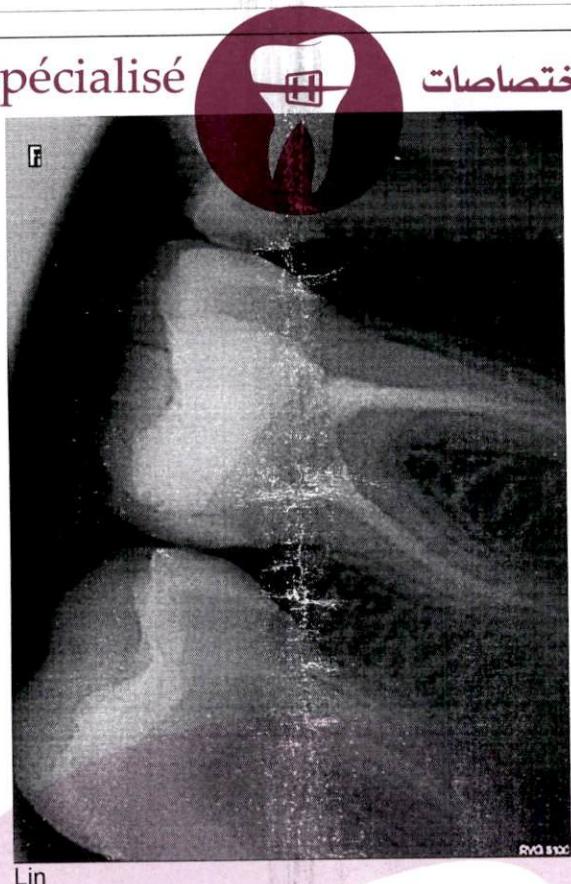
VISA ET CACHET DU PRATICIEN AVANT LE DEVIS
Mr. Marjane ZEMRAQI
Lot. Hal. Zekh, Bd. Oud Eddouwaa
N° 109, 1er Etage Outa Casablanca
Tél. 52 76 12 45

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dentaire Spécialisé

Dr. Mariame ZEMRAOUI

- Chirurgie
- Parodontie
- Orthodontie
- Pédodontie
- Blanchiment
- Dentisterie esthétique

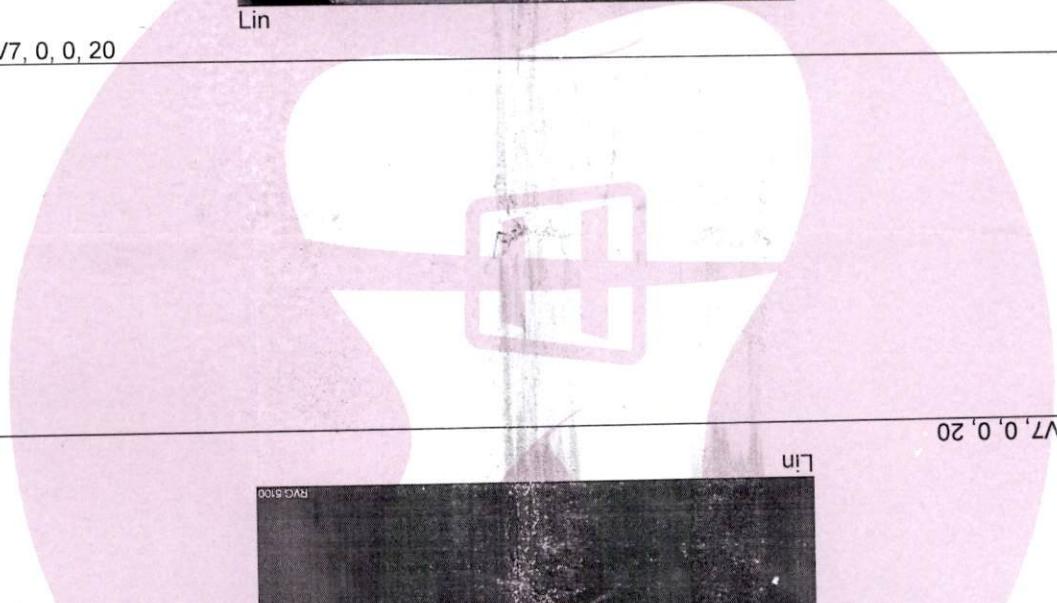


عيادة طب الأسنان متعددة الإختصاصات
د. الزمراوي مريم

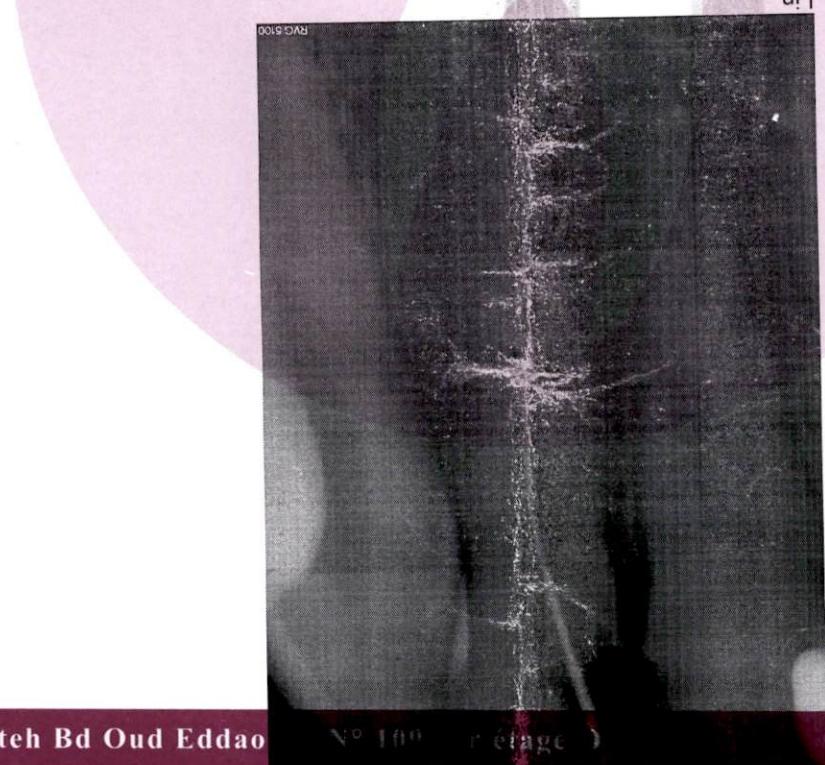
- جراحة
- علاج أمراض اللثة
- تقويم اعوجاج الأسنان
- طب أسنان الأطفال
- تبييض
- طب الأسنان التجميلي

Dr. Mariame ZEMRAOUI
Lot. Haj Fateh, Bd. Oud Eddaoora
N° 109, 1er Etage Oulfa Casablanca
Tél: 0522 90 90 56 / 0762 76 12 45

CS Imaging Software V7, 0, 0, 20



CS Imaging Software V7, 0, 0, 20



Dr. Mariame ZEMRAOUI
Lot. Haj Fateh, Bd. Oud Eddaoora
N° 109, 1er Etage Oulfa Casablanca
Tél: 0522 90 90 56 / 0762 76 12 45

Lot Haj Fateh Bd Oud Eddao

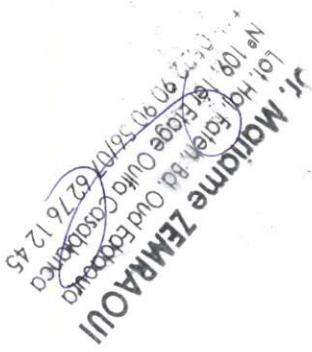
0522 90 90 56 / 0762 76 12 45

zemraoui25@gmail.com

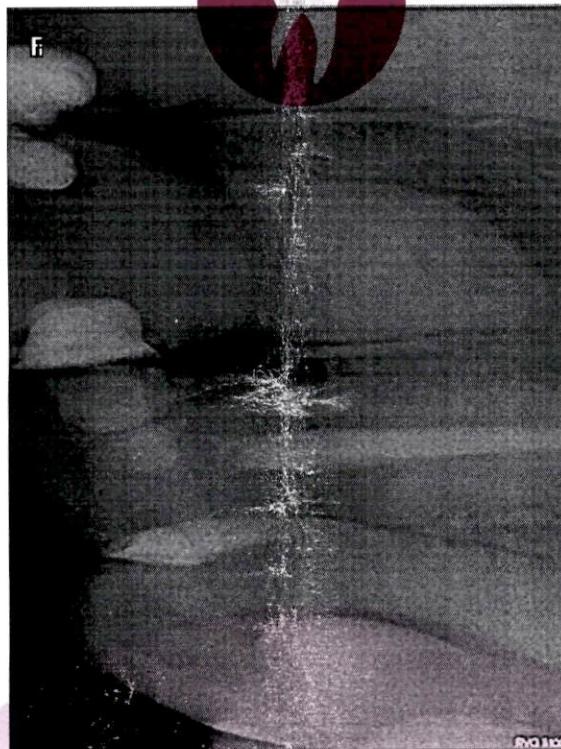
Cabinet Dentaire Spécialisé

Dr. Mariame ZEMRAOUI

- Chirurgie
- Parodontie
- Orthodontie
- Pédodontie
- Blanchiment
- Dentisterie esthétique



CS Imaging Software V7, 0, 0, 20

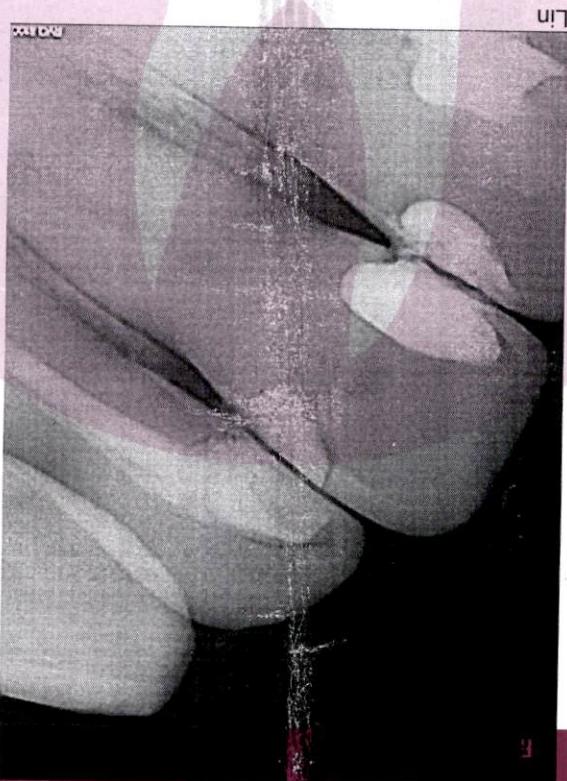


Lin

عيادة طب الأسنان متعددة الإختصاصات
د. الزمراوي مريم

- جراحة
- علاج أمراض اللثة
- تقويم اعوجاج الأسنان
- طب سنان الأطفال
- تبييض
- طب الأسنان التجميلي

CS Imaging Software V7, 0, 0, 20



Lin

Lot Haj Fateh Bd Oud Edd

0522 90 90 56 / 0762 76 12 45

zemraoui25@gmail.com