

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

- Réclamation : 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.

M23-013898

PC Easy Safe
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8562 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELBACHIR KARIM

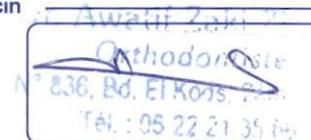
Date de naissance : 09/02/1971

Adresse : RESIDENCE LES 3 GOLFS, VILLA 13 -
VILLE VERTE - BOUSKOURA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : belbachir Fatima zahra Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : traitement ODF

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 : CASA Le : 16/03/2023

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

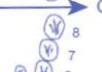
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

 B	<p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Demande de réalisation de 2^e semestre pour traitement ODF N° 836, Orthodontiste Dr. Awatif Zaki Ziraoui</p> <p>DR. ZAKI ZIRAOUI</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>16/05/23</p> <p>DATE DE L'EXÉCUTION</p> <p>Awatif Zaki Ziraoui</p>
--	--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ~~ADRESSE~~ AU DESTINANT LE DEVIS

~~Dr. Awan -
Orthodontist
N° 220, Rd. El Kods. 2000
T: 05 22 27 24 12~~

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nº 836, Bd. El Kods, 2º piso
Tel.: 05 22 21 37

**CABINET DE GROUPE
DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Dr.Awatif Zaki Ziraoui
Orthodontiste

Dr. DELLERO Naouar
Médecin dentiste



عيادة متعددة الإختصاصات
لطب و جراحة الأسنان

الدكتورة عواطف ذكي زيراوي
تقديم إعوجاج الأسنان

الدكتورة نوار الدليليرو
طبيبة أسنان

Ordonnance

16 / 05 / 2023

Devis

NOM ET PRENOM : **belbachir fatima zahra**

Pour Paiement du **deuxieme** semestre de
traitement orthodontique

D90

PRIX : 5000 dirhams.

Dr. Awatif Zaki
Orthodontiste
N° 836, Bd. EL Qods
Tel.: 05 22 23 38 62

📍 836, Boulevard Al Qods - 2 ème Etage, Mandarouna - Casablanca - Maroc

📞 : + 212522213566 / 0693070042 ✉ : centredentairemandarouna12@gmail.com