

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

soins généraux :

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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **07364**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **MENOUNY AMINE**

Date de naissance : **23/05/1970**

Adresse :

Tél. : **0666266842**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zouhair ABIRI
Orthodontiste Exclusif
105 Avenue 2 Mars
étage App 5 Casablanca
Tel 0522 80 58 06

Date de consultation : **23/07/2019**

MENOUNY RITA

Age: **12 ans**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **DDT**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

RAS

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº P19-037077**

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Déclaration de Maladie

Nº P19-0037077



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom et Prénom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

550780

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

BELEVE 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.

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 26.03.07.2019

Facture

Te conseigne avoir résu de l'ouien Denouyame
la somme de mille dirhams (1000,00 DH)
pour le Bilan ODF. de son enfant Nita moudouy

pourrir Complet du Bilan ODF
(analyse cethéan + plan de +)

20 SEP. 2019

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 mars 2 ème
étage App 5 casablanca
tel: 0522 80 58 06

CBT du
Bilan
mon fourni

Bil Dr.

231 HHC

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 12.05.2013

Compte Rendu

Panoramique

- 48, 38, 27 en état de gen.
- 13, 23 : incluse
- 18 : absente.

Radiographie de profil

Bipro alvéolie maxillaire et mandibulaire.

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2 ème
étage Appt 5 casablanca
tel 052 280 58 06

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

Bilan opF : Radiographie de profil.

17 SEP. 2019

✓

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601_114141
Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:48:03
kVp : 80.0 mA : 10.0 DAP : 0.1802

Dr Zouhair ALDINE
Orthodontie Exclusive
105 Avenue Lyautey Casablanca
étage App 5 casablanca
tel 0622 80 58 06

Bilan ODF

Radiographie parodontale

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601_114141

Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:45:27

kVp : 67.0 mA : 8.0 DAP : 0.5403

Dr Zouhair ABDINE
Orthodontist Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2 ème
étage App 5 Casablanca
tel 0527 80 58 06

W

17 SEP. 2019