

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.

N° W21-724039

134436 *par com*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5037

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELFADLA ABDERRAHIM

Date de naissance :

03.02.1960

Adresse :

240 820 BOUZIDI EL JADIDA

Tél. : 0661188391

Total des frais engagés : 382,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SEDDINE BENNANI
Chirurgien - Dentiste
A.F.M. de Nantes (France)
35, Bd.MedV-Imm, Ecole Pdgier
tel: 05 23543177 El Hadida

Date de consultation :

24/07/2012

Nom et prénom du malade :

BELFADLA Zahra

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AS CS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

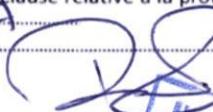
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 25/08/12

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
27/7/22	C	DS	150.	INP : 144018336 Cachet de la Sécurité Sociale Signature E. Lajoinie Lyon 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ibn Saad Mohamed Centre Commercial Sidi Bouzid (Marché Sidi Bouzid) Tél.: 05 23 34 82 81	27/07/2022	232,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

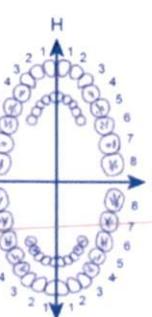
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. BENNANI Lazeddine

Chirurgien - Dentiste

Diplômé de la Faculté de Chirurgie

Dentaire de Nantes

35, Bd. Mohammed V - El Jadida

Téléphone : 05 23 34 31 77

المكتب المركزي للناظور عن المرضى

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب الأسنان نونت فرنسا

35، شارع محمد الخامس الجديدة

الهاتف : 05 23 34 31 77

El Jadida, le :

27/07/2022

[Signature]

BELFADLA

[Signature]

21 Augustin 18.
168,20

S.V

-racket mether x of

24 Gaffour 55
45,50

S.V

[Signature]

27/07/2022
Bouchyfia en Br
18/90
232,60

S.V

Pharmacie SIDI BOUZID
Dr. Ibn Saad Mohamed
Centre Commercial Sidi Bouzid
(Marché Sidi Bouzid)
Tél.: 05 23 34 82 81

المكتب المركزي للناظور
Dr. BENNANI
Chirurgien-Dentiste
(France)
35, Bd. Mohammed V
Tél.: 05 23 34 31 77
El Jadida

PPU: 168,20 DH
LOT: 648446
PER: 10/23

LOT: M21167
EXP: OCT 2024
PPV: 45,50 DH

18,90