

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2479	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DO CHIDI M'Hamed	
Date de naissance :		14-06-1955	
Adresse :		Residence Walili 7, rue de m...	
Tél. :		0621999896 Total des frais engagés : 200,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
300, Rue Mostapha El Maani
Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49

Date de consultation : 25.04.2023

Nom et prénom du malade : Rochdi - riam Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Insulte + dn

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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

Signature de l'adhérent(e) :



159287

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 Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
	38	Rv	4	COEFFICIENT DES TRAVAUX 12	
	48	Ru	4.		
	28	Ru	4		
				MONTANTS DES SOINS 200 DT	
				Dr. BELLAMINE <i>Abdelaziz</i> IMPLANTOLOGIE 300, Rue Mostapha El Maani Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49 EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION 25.4.23	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS 25.4.23	
				Dr. BELLAMINE <i>Abdelaziz</i> IMPLANTOLOGIE 300, Rue Mostapha El Maani Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur BELLAMINE Abdelaziz

Docteur en Chirurgie Dentaire

IMPLANTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

300, Rue Mostapha El Maâni
(Face Rond-Point Mers-Sultân)
2^{ème} étage - CASABLANCA
Tél.: 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49
GSM : 06 61 18 96 83

Casablanca, le 25/4/2023

الدكتور بلالمين عبد العزيز

طبيب جراحي للأسنان

زوج الأسنان

خريج كلية الطب بتلوز

300، زنقة مصطفى المعاني

(قبالة رانيون مرس سلطان)

الطباطق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 42 94 / 05 22 27 84 49

المحمول : 06 61 18 96 83

الدار البيضاء، في

Rochdi M. am.

Conféts + Ro

Deux confets ٢١١

Dr. BELLAMINE Abdelaziz
IMPLANTOLOGIE
300, Rue Mostapha El Maâni
Tél: 0522 26 42 94 - 0522 27 84 49

Création 24/04/2023

ROCHDI Wiam

Impression 25/04/2023

24/04/2023 -

Lin.



CENTRE DENTAIRE; Dr BELLAMINE ABDELAZIZ

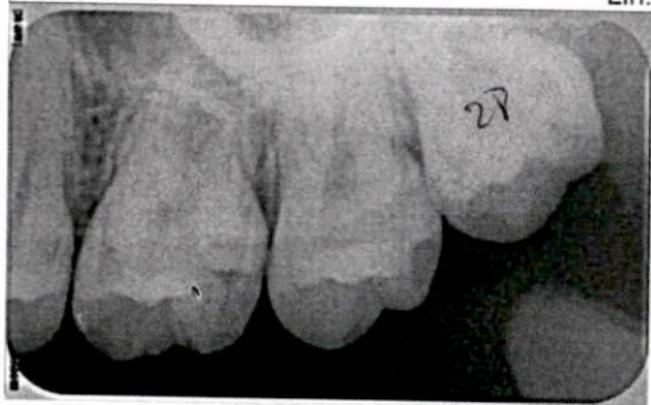
0 RUE MUSTPHA ELMAANI CASABLANCA 20140; 0522264294; 0522278449

Création 24/04/2023.

RCHDI Wiam Impression 25/04/2023

24/04/2023 -

Lin.



CENTRE DENTAIRE; Dr BELLAMINE ABDELAZIZ

0 RUE MUSTPHA ELMAANI CASABLANCA 20140; 0522264294; 0522278449

Création 24/04/2023

POCHDI Wiam

Impression 25/04/2023

24/04/2023

Lin.



CENTRE DENTAIRE; Dr BELLAMINE ABDELAZIZ

00 RUE MUSTPHA ELMAANI CASABLANCA 20140; 0522264294; 052227844