

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 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>10821</u>	Société : <u>RAFI</u>	<input type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>MOUNID SHATI</u>		
Date de naissance : <u>04/04/76</u>		
Adresse : <u>0666263553</u>		
Tél. : <u>0666263553</u>	Total des frais engagés :	<u>2800</u>

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<u>30/12 / 2023</u>	
Nom et prénom du malade :	<u>ICM Symone Kev Zay</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Deux bras</u>	
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'at médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 08 JAN 2024

Signature de l'adhérent(e) :



BELEVE 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
.....	INP :
.....
.....
.....

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 Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

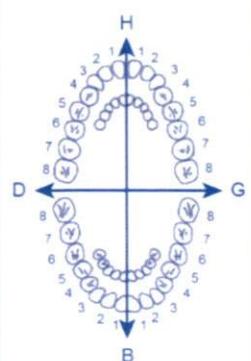
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX
Dr. B...
Medecin en chef V et A...
Angé Bd. M...
Residence Yamada...
Tel: 05 39 94 60 73

Dr Saad BENMESSAOUD

Médecin Chirurgien Dentiste

Radio - Soins - chirurgie

Prothèses - Orthodontie

Blanchiment - Implantologie

Angle boulevard Med V et Avenue Youssef Ibn Tachafine
Rés Yamna 1er Etage N°32 - TANGER

Tél: 0539 94 60 75

E-mail: s.saad@dentistesb.com www.dentistesb.com



الدكتور بنمسعود سعد

طبيب جراحي للأسنان

أشعة - تقويم - جراحة - تعويض

تبسيط الأسنان - ترميم - زرع الأسنان

ملتقى شارع محمد الخامس وشارع يوسف بن تاشفين
إقامة يامنة الطابق الأول رقم 32 طنجة

Tél: 0539 94 60 75

E-mail: s.saad@dentistesb.com www.dentistesb.com

Facture / Devis

Tamsmouadi Kenza

Date	Interventions	Honoraires
30.10.23	Pourvoir gue + R. c 17 + 1C + 47	300 1500
01.11.23	Rc 37 + 36	1000
	?	
		2800,- D4

Dr Saad BENMESSAOUD
Médecin Chirurgien Dentiste
Angle boulevard Med V et Avenue Youssef Ibn Tachafine
Rés Yamna 1er Etage N°32 - TANGER
Tél: 0539 94 60 75

Arrêtée La Présente Facture à la Somme de: Deux mille huit cent Dhs

CENTRE DENTAIRE BENMESSAOUD
AV YOUSSEF IBN TACHEFINE RESD
YAMNA 32
0539946075

Dr. BENMESSAOUD Saad
Medecin Chirurgien Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Av. Youssef Ibn Tachfine
Residencia Yamna N° 32 - TANGER
Tél. 05 29 94 60 75

TEMSAMANI KENZA
Birthdate: 19/03/2011

30/10/2023
73,00 kV
8,00 mA
12,68 S
134,090 mGy cm²

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

Digitized by