

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.

N° W19-433200

ND: 35954

PAR COURRIER

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5032

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELFADIA Abdellah

Date de naissance : 03.02.1965

Adresse : Lot ALLAYMOUNE N° 265 LSSASFA

Tél. : 0661165396

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.03.2020

Nom et prénom du malade : BELFADIA Abdellah

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ANG

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 :

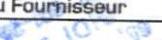
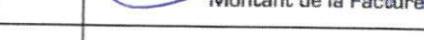
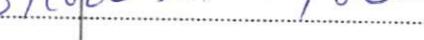
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10.03.2020

RÉÉVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Mét. attestant le Paiement des Act.
10/03/20	C	1/1	200	INP : 1140183316

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
   	   	   

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

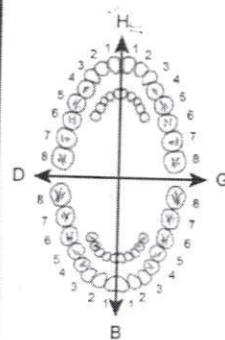
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

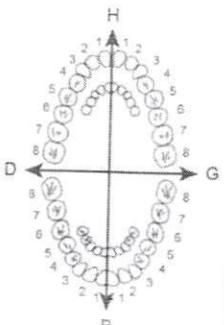


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

100

DATE DU
DEVIS

100

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. BENNANI Azeddine

Chirurgien - Dentiste

Diplômé de la Faculté de Chirurgie

Dentaire de Nantes

35, Bd. Mohammed V - El Jadida

Téléphone : 05 23 34 31 77

المُدْكِنُور بِنَانِي عَزَّالْصَّين

طبيب جراحي للأسنان

حريج كلية ط الأسنان نونت فرنسا

35، شارع محمد الخامس الجديدة

الهاتف : 05 23 34 31 77

El Jadida, le : ١٥/٠٣/٢٠٢٠ ص.ب. : اليماني، في :

نº: BELFADLA ABdemoham

1) Radiograph

١٥/٣/٢٠٢٠

١٠٢ ٣٨٦١٥ × ٠٨٦

2) Doppler a. g.

١٥,٨٩/٤٨

١٠٢ ٣٨٦١٥

3) Bone grafting mol

١٧٢,٨

Dr. Azeddine BENNANI
Dr. Azeddine BENNANI
Chirurgien - Dentiste
D.F.M. de Nantes (France)
35, Bd. Mohammed V - El Jadida
Tél: 05 23 34 31 77

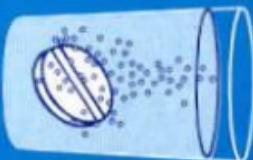
Dr. B. B.

دواليب · 1000 مل.

بلاصطيامول

8 أقراص فوارّة

الكبار
أيضاً من
15 سنة



15.90

0 0 8 9 1 5 2 2
0 6 1 4 0
L O T F E R

SIRODOGYL

20250 Casablanca
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
sanofi-aventis Maroc



BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



LOT : 9MA083
PER.: 02 2022