

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

54474

Déclaration de Maladie : N° S19-0005951

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6927** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Benali Rachida** Date de naissance : **1965**

Adresse : **même**

Tél. : Total des frais engagés : **172.02.04** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

04 JAN. 2021 Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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
<i>Mme Gharbaoui Chatta Mouta Place RHAIBAR Tél 0522 30 06 19</i>	3/11/2020	172,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PARANTAL® 1g

PPV 150DH00
EXP 06/2023
LOT 04049 3

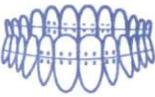
Dr Benlamlih Saâd

Spécialisé en Implantologie Orale
Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste en Orthodontie

Spécialiste en Orthodontie
à Faculté de Médecine de Dijon

65, Bd. la Résistance - Résidence
N° 8, 3ème Etage N° 5
T. 44.32.03 / 0522.44.33.52



الدكتور بنلمليح سعد

أخصائي في زرع الأسنان
دبلوم كلية الطب بوردو
أخصائي في تقويم الأسنان
دبلوم كلية الطب ديجون

65، شارع المقاومة - إقامة
نرجيس 8 ، الطابق 3 ، رقم 5
0522.44.32.03
تلفون : 0522.44.33.52

Casablanca, le : 21/12/20..... الدار البيضاء في :

Dr BENLAMLIH SAAD
CHIRURGIEN DENTISTE
65 Bd. la Résistance Rés. Nرجيس 8
Place KHAIBAR
Angle Bd. de la GIRONDE et Rue T
Casablanca 10600
T. 44.32.03 / 0522.44.33.52

Dr Benlamlih Saâd

15/12
Le 29/12
29/12 پوسٹ (epis up)

15/12 Penult 1
29/12 پوسٹ 7

BENLAMLIH SAAD
CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd. la Résistance Rés. Nرجيس 8
N° 5 - Tél. : 44.32.03 / 44.33.52
CASABLANCA