

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'ophtalmologiste 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

6348

N° W19-463505

CASA - ANFA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11461

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADJAJ NAWAL

Date de naissance : 26/11/1977

28 OCT. 2019

Adresse :

Tél. : 066 5100 783

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tel: 05 22 36 10 39

MUPRAS

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2019

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	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"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		180
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Zirconium / 47 Cing & Hile Diskant</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
Dr Hassan M. BELKADY <i>Chirurgien Dentiste</i> Romandie II Bd. Bin Abdallah Tour 3, Appt. 3 - Casablanca Tél : 05 22 36 10 39	Dr Hassan M. BELKADY <i>Chirurgien Dentiste</i> Romandie II Bd. Bin Abdallah Tour 3, Appt. 3 - Casablanca Tél : 05 22 36 10 39			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

DR HASSAN M. BELKADY, D.D.S.

CHIRURGIEN - DENTISTE
IMPLANTOLOGISTE

Diplômé de Georgetown University
Washington D.C.

Certificat en prothèse fixe
Certificat en Implantologie de l'hôpital

Jamaica, New-York

Membre de l'association Américaine dentaire
Membre de l'académie Américaine d'implantologie

Ancien Chef de service Dentaire
Polyclinique Hay Hassani C.N.S.S.

الدكتور بلقاضي محمد حسن

طبيب جراحي للأسنان

أملاك تولوجيست

خريج بكلية جورجتاون بواشنطن

22/10/2019

Casablanca, le

NOTE D'HONORAIRES N°87

NOM : KADJAJ
PENOM : NAWAL
ADRESSE : LOT HADJ FATEH N°54 OULFA -CASABLANCA
TELEPHONE : 0665100783

PROCEDURES ETABLIES:

ZIRCONE / 47 5 000,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE :

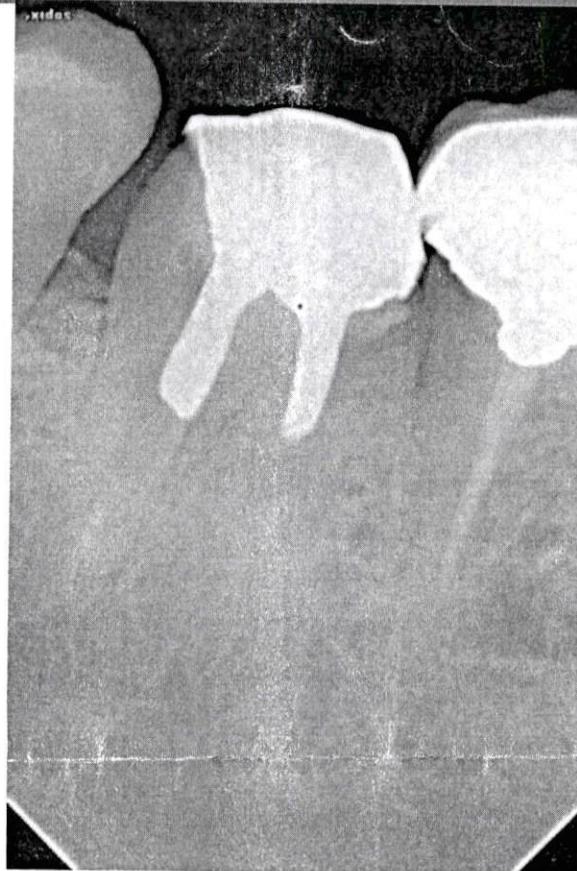
***** CINQ MILLE DIRHAMS *****

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd Bir Anzarane
Tour 3, Appt 3 - Casablanca
Tél: 05 22 36 10 39

Dr BELKADY Hassan
CHIRURGIE- DENTISTRY
IMPLANTOLOGIE
Diplomé de Georgetown University
Washington D.C.
ROMANDIE II TOUR 3 APPT 3
CASABLANCA

Mme Nawal KADJAJ
LOT HADJ FATEHN° 54 OULFA
CASABLANCA

Né(e) le : 26/11/1977
Numéro INSEE : 7010



Date du cliché : 26/09/2019

Localisation : 47

Commentaire : DENT A COURONNER

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tél : 05 22 36 10 39

Dr BELKADY Hassan
CHIRURGIE- DENTISTRY
IMPLANTOLOGIE
Diplomé de Georgetown University
Washington D.C.
ROMANDIE II TOUR 3 APPT 3
CASABLANCA

Mme Nawal KADJAJ
LOT HADJ FATEHN° 54 OULFA
CASABLANCA

Né(e) le : 26/11/1977
Numéro INSEE : 7010



Date du cliché : 25/10/2019

Localisation : 47

Commentaire : ZIRCONE

Dr. Hassan M. BELKADY
Chirurgien Dentiste
Romandie II Bd. Bir Anzarane
Tour 3, Appt. 3 - Casablanca
Tél : 05 22 36 10 39