

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° W19-502729

RID

ca

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricle : 0238			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Messaoud FOUNTA			
Date de naissance : AN 12/11/868			
Adresse :			
Tél. : 064223838 Total des frais engagés : 500 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Docteur BELKIZZ Sawssan Spécialiste en Orthodontie Résidence Megapole App. 12 Av. Allal Ben Abdellah - FES Tel. 035.94.02.38	
Date de consultation :	21/12/9
Nom et prénom du malade :	ACSSOU FOUNTA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie dentaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL	
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 :

l'adhérent(e) : **0238**

Le : 08/12/2020

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 SPECIALISTE EN RADIOPACITE BOULEVARD MOHAMMED V 35.62.21.21 - F-21	30/12/2019	22	200.00

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 00000000000000000000000000000000											
		38	O II OD Corset	0.16	COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.15											
					MONTANTS DES SOINS 800											
					DEBUT D'EXECUTION 21/12/13											
					FIN D'EXECUTION 21/12/18											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 0.15											
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
					MONTANTS DES SOINS 0											
					DATE DU DEVIS 0											
					DATE DE L'EXECUTION 0											

Dr. Sawsane BELKZIZ

Chirurgien dentiste - orthodontiste

Spécialiste en Orthopédie dento-
maxillo-faciale

Diplômée de la faculté Pierre et Marie
Curie - Paris VI



الدكتورة سوسن بلقزيز

طبيبة جراحة الأسنان

اختصاصية في تقويم اعوجاج الأسنان

والفكين

خريجة بباريس VI

Fès, le 21.12.2013

ن^م

FOUZIA AGGAROT

دكتور سعد بنشقرن
Dr. Saâd BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
Tél: 035.62.21.21 - Fax: 035.62.15.17

Sawsane

Docteur BELKZIZ Sawsan
Spécialiste en Orthodontie
Résidence Megapole Appt. 12
Av. Allal Ben Abdellah - FES
Tél. 035.94.02.38

5, Rés. Mégapole Office App. 12Av. Allal Ben Abdellah (en face de clinique Raïs) - Fès

Tél : +212 (0) 5 35 94 02 38 - E-mail : sawssaneb@hotmail.com - INPE : 144164597

5، إقامة ميكابول أوفيس، شقة 12، شارع علال بن عبد الله (مقابل مصحة الرئيس) - فاس

Fès, le **31/12/2019**

FACTURE N°26/20

MESSAOUDI FOUZIA

Examen demandé : PANORAMIQUE

Total : 200 DHS Z22

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DHS

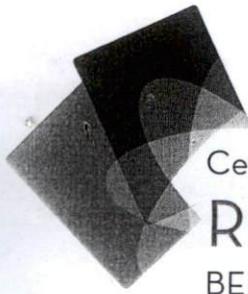
الدكتور سعد بن شهادة برون
Dr. Saâd BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN RADILOGIE
7, Boulevard Mohamed V - FES
Tél : 035.62.21.21 - Fax : 035.65.15.49

Tél : 05 35 62 21 21 - Fax : 05 35 65 15 49 / E-mail : msbenchekroun@gmail.com

7. شارع محمد الخامس . زنقة محمد المياني (قرب صيدلية البهجة) - فاس

7. Bd. Med. V, Rue Med El Hayani (A côté de la Pharmacie Bahja)- FES

RC : 123 - I.F : 20729777 - ICE : 001839413000043 - T.P : 13613617 - CNSS : 5298519



Centre de
Radiologie
BENCHEKROUN

الدكتور سعد بن شة رون
Dr.Sââd BENCHEKROUN

Diplôme des Etudes Spéciales
de Radio Diagnostic de L'U.L.B Bruxelles
Radiologie - Mammographie - Cône Beam
Panoramique - Echographie - Doppler Couleur
(Numérisés)
Scanner 16 Barettes - Ostéodensitométrie

Le Médecin traitant :
Nom du patient :
Examen demandé :

DR BELKZIZ SAWSANÉ
MESSAOUDI FOUZIA
PANORAMIQUE

Fès, le : 31/12/2019

Mon cher confrère,

J'ai reçu **MESSAOUDI FOUZIA** que vous avez bien voulu me confier pour **PANORAMIQUE**. Tout en vous remerciant, Je vous prie de trouver ci-dessous le compte rendu.

Sur le cliché panoramique ainsi effectué il n'y a pas de lésion osseuse actuellement décelable au niveau du maxillaire inférieur ni au niveau du maxillaire supérieur, en particulier il n'y a pas de foyer infectieux.

La texture osseuse y est normale. Les ATM ne présentent pas d'anomalie notable.

La transparence des sinus de la face est pratiquement normale.

Confraternellement.


Dr. Saâd BENCHEKROUN
SPECIALISTE EN RADILOGIE
7, Boulevard Mohamed V - FES
Tél. : 035.62.21.21 - Fax : 035.65.15.49

Tél : 05 35 62 21 21 - Fax : 05 35 65 15 49 / E-mail : msbenchekroun@gmail.com

7. شارع محمد الخامس ، زنقة محمد الحباني (قرب صيدلية البهجة) - فاس

7. Bd. Med. V, Rue Med El Hayani (A côté de la Pharmacie Bahja) - FES

RC : 123 - I.F : 20729777 - ICE : 00183941300043 - T.P : 13613617 - CNSS : 5298519