

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : (778) 3798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAMI Abdellahmene

Date de naissance :

8.06.1960

Adresse :

7 Rue des M's Afz N° 29 Rmappa - Casab

Tél. :

0661 166640

Total des frais engagés :

375,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

FARAOUI Mohamed
Médecin Dentiste
Angle Bd Brahim Roudani et
Rue Annahas Ennahar
Tél 05 22 98 36 84 CASABLANCA

Date de consultation :

10/09/19 SEP 2019

Nom et prénom du malade :

SAMI Abdellahmene

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sinus dentaires

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 :

l'adhérent(e) :

Le : 25/10/2019

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR FARAOUI HASSAN	18/08/18	75,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

MONTANTS DES SOINS	300000
DEBUT D'EXECUTION	18/08/18
Dr. FARAOUI Mohamed	Médecin Dentiste
Angle Bd Brahim Roudani et	Rue Anahas Ennahui Maârif
Tél 05 22 98 36 84	CASABLANCA
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

(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

Dr. FARAOUI Mohamed

Médecin Dentiste

Angle Bd Brahim Roudani et

Rue Anahas Ennahui Maârif

Tél 05 22 98 36 84 CASABLANCA

Docteur Faraoui Mohamed

Médecin Dentiste

Spécialiste en orthopédie dento-faciale et orthodontie.

Spécialiste en implantologie orale et maxillo-faciale.

Diplômé en orthopédie dento-faciale et orthodontie de la Faculté de médecine de Bourgogne Dijon France.

Diplômé en implantologie orale et maxillo-faciale de la Faculté de médecine Paul Sabatier Toulouse France.

Casablanca, le

18 - 09 - 15

DR SATI Abdellounâme

75,60

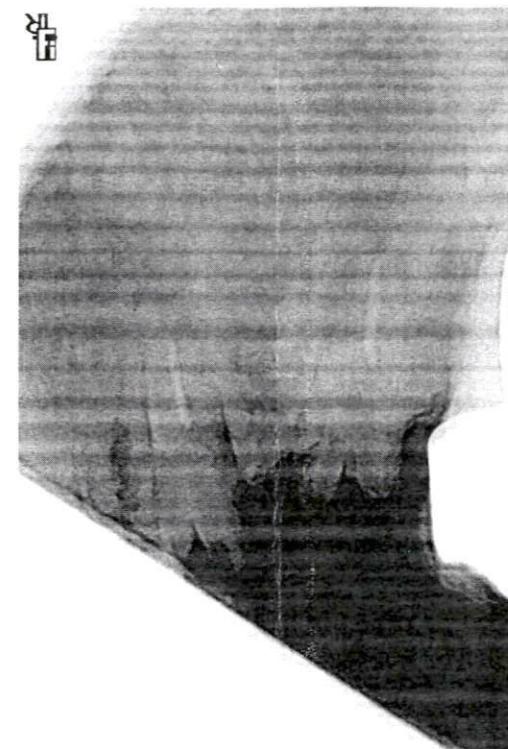


— Kin Blancheur
(RJ 1j)

900006
Y EL MANSOUR 380001 ET
ANGLE BD GRANDI ET
LARAKI AKIMA
PHARMACIE OULMES
Dr. FARAOUI Mohamed
Médecin Dentiste
Angle Bd Brahim Roudani et
Rue Ennahas Annahui Maârif
Tel 05 22 98 36 84 CASABLANCA

Angle Bd. Brahim Roudani et rue Ennahas Annahui, Résidence Infitah - Mâarif -Casablanca
(au dessus de la banque CIH) - Tel : 05 22 98 36 84.

Email : m.faraoui@hotmail.com



B0 C32 G0

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 10, 0

Dr. FARAOUI Mohamed,
Médecin Dentiste
Angle Bd Brahim Roudani et
Rue Annahat Ennajui Maârif
Tél 05 22 98 36 84 CASABLANCA

KIN Whitening

Η KIN® WHITENING έιναι ιδανική για καθημερινή χρήση επαναφέροντας τα δόντια στο φυσικό τους χρώμα. Καθαρίζει τα δόντια διαλύοντας τους λεκέδες και ταυτόχρονα εμποδίζει την επανεμφάνιση της πέτρας.

Ενδείξεις:

- Πρόληψη σχηματισμού βακτηριακής πλάκας.
- Πρόληψη τερηδόνας.
- Πρόληψη δημιουργίας πέτρας.
- Επαναφορά των δοντιών στο φυσικό τους χρώμα.

Οδηγίες Χρήσης:

Βουρτσίζετε τα δόντια σας τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα για 2 έως 3 λεπτά κατά προτίμηση μετά τα γεύματα και πριν τον ύπνο.

Σε ασθενείς με ευαίσθητα δόντια, συνιστάται απαλό βούρτσισμα των ούλων και εναλλαγή της οδοντόπαστας KIN® WHITENING με την καθημερινή οδοντόπαστα. Συνιστάται η χρήση μιας μαλακής οδοντόβουρτσας και μιας σωστής τεχνικής βουρτσίσματος.

Περιέχει Φθοριούχο Νάτριο (1000 ppm F).

Για ενήλικες και παιδιά ηλικίας 12 ετών και άνω.

Μην το καταπίνετε.

Αποθήκευση:

Διατηρείτε το προϊόν σε θερμοκρασία κάτω των 30 °C.

Περιεχόμενο:

Σωληνάριο των 75 ml.