

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.

Biologie 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.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

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.

Le 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

- Communication : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

6538

Optique D/RB

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3520

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e) IS

Autre :

Nom & Prénom : LAMSADDAR Veuve FARHI Amina

Date de naissance : 1953

Adresse : 10, Rue B.NOU BAJA CHANTILLY, CASA

Tél. : 0 689 22 6370 Total des frais engagés : 100,175 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : FARHI Amina Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soin Dentaire

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

Le : 25/10/19

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
 N. El Marouni	18/10/19	101,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de l'ORL.

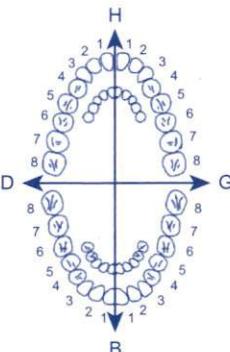
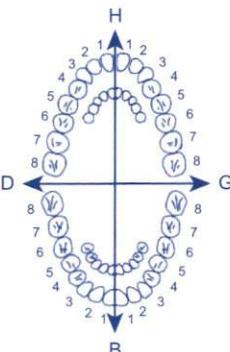
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	18/10/19 (annulation)	9c	Coefficient DES TRAVAUX
	25/10/19 (détartrage)	12	MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 00000000 00000000 B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
Dr Miryam BELGNAOUI VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT Ang. de la Dentisterie Majau (Signature)			

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												
	18/10/18 Consultation 25/10/18 Détartrage	D ₆ D ₁₈	CŒFFICIENT DES TRAVAUX 900,00												
			MONTANTS DES SOINS 18/10/18												
			DEBUT D'EXECUTION 25/10/18												
			FIN D'EXECUTION												
<p style="text-align: center;"><i>Dr. Miryam BELGNAOUI</i> C'IRURGIEN DENTISTE Ang. Majau (Mauritius) NCA</p>															
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
			<i>Dr. Miryam BELGNAOUI</i> C'IRURGIEN DENTISTE Ang. Majau (Mauritius) NCA												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Do LGNAOUI

15,80

PPV 15 DH 80
L PER 05/22
LOT 11372
iste
urgie Dentaire

Casablanca, le 18/10/19

Miryam BELGNAOUI

- ① DOLIPRANT 10 g Eff 
15,80 Comprimé à la dentine.
3 par la jour
- ② PARSÉX = 85,95  
85,95 Bain de douche 3 fl.oz
10175 En jour après dape longue.

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR
N. DABOUN
139, rue Abdellah Al Marouni (Maârif)
CASABLANCA - Tél: 0522 25 05 77

Dr Miryam BELGNAOUI
CHIRURGIEN DENTAIRE
Ang. Maârif (Maârif) 360 1022
Casablanca

Chirurgien-Dentiste

Diplômée de la Faculté de Chirurgie Dentaire

de Montpellier

Sur rendez-vous

FACTURE

Pat : 35704627 - ICE: 001848153000064

I.F.: 40710384 - CNSS : 2588632

M. EL FARHI A. H. M

Bien reçue la somme de
 900 DH (Neuf Cents Dirhams)
 pour les soins effectués

1) Consultation 200 DH

2) Détartrage 700 DH

Dr MIRYAM BELGNAOUI
 CHIRURGIEN DENTISTE
 143, Angle rue Ahmed Mejjati (ex. Alpes) et rue de Normandie, Maârif - CASABLANCA
 ANG: Je de Norm. MAârif: Majau: 05/11/13
 belgnaoui@gmail.com