

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-502589



CA

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (16219) 11134 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SARAOUD IMASSA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660159326 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

BENLAMLIH Saâd  
CHIRURGIEN DENTISTE  
65, Bd. la Résistance, Rés. Narija 8  
No 5 - Tél. : 44.32.03 / 44.33.52  
CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : De Semel Rejeb Age : 1973

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 2nd AL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 JAN

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : Le : 10 JAN

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

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 Coefficients	Montant des Honoraires

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.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 096014404	
	14 phab 95-15 16 upph phab 95-15 24 phab 95-15 25 LA 95 7 Bo 2V6 D6 7 Bo 2V6 96 8 Bo 2V6 8 8 Bo 2V6 8				
	COEFFICIENT DES TRAVAUX				
	D139				
	MONTANTS DES SOINS				
	2500				
	DEBUT D'EXECUTION				
	-				
	FIN D'EXECUTION				
	D6 8-1-20				
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>					
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT</b> <b>BENJAMIN LMIH DENTISTE</b> <b>CHIRURGIE DENTAIRE</b> 95, Bd. la Restauration 26000 LYON 3 693555 N° 5 106 144.32.03 44.33.62 00000000 00000000 35533411 11433553				Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction]				MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>					

# Docteur Benlamligh Saâd

# الدكتور بنلمليح سعد

- Spécialiste en Implantologie Orale
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
- Spécialiste en Orthodontie
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon
- 65, Bd. la Resistance - Résidence  
Narjiss 8 , 3ème Etage N° 5
- Tél. : 0522. 44.32.03 / 0522.44.33.52



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 : ..... 8-12.02.20..... الدار البيضاء في :

Facture

N° Dem/Rej

- pulpectomie au 14. 84
- après pulpectomie extraction au 16
- suture au 25
- 4 Rx
- le montant sera à deux rials
- cip au clin

65 - Bd. la Resistance Rés Narjiss 8  
CASABLANCA  
N° 8 - Tél. : 44.32.03 / 44.33.52  
CHIRURGEN DENTISTE  
BENLAMLIH SAAD



12/12/2019 n°14

Trophy Windows 5.0 V5.02



12/12/2019 n°16

DR BENLAMLIH SAAD

SAOUD MAJDA

08/01/2020

n°24

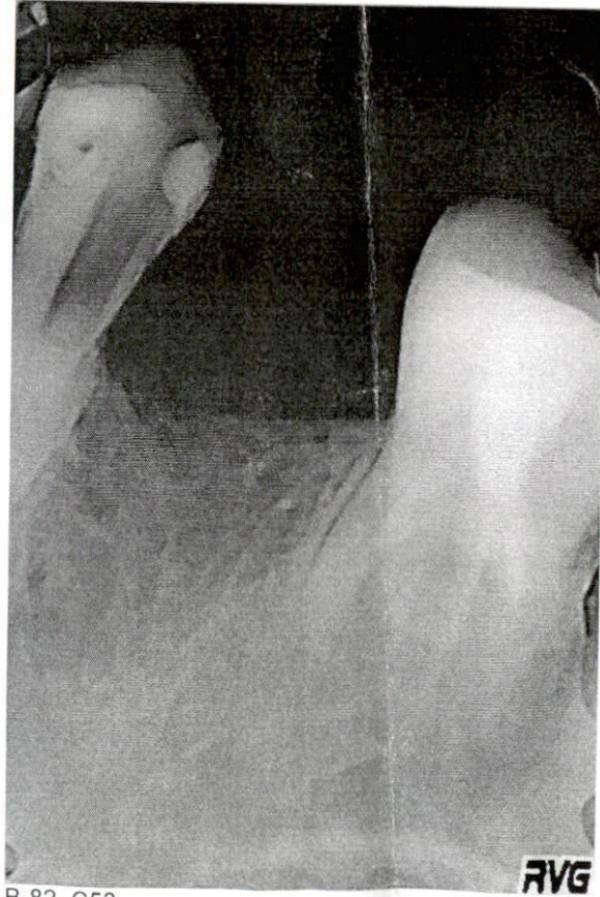


DR BENLAMLIH SAAD

SAOUD·MAJDA

07/12/2019

n°14 15 16



B-82 C53

RVG