

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12404 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI RITA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.33.21.08 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2019

Nom et prénom du malade : BENNANI RITA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Courante déclatée

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

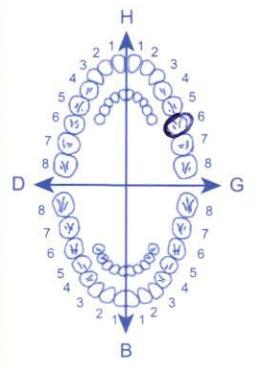
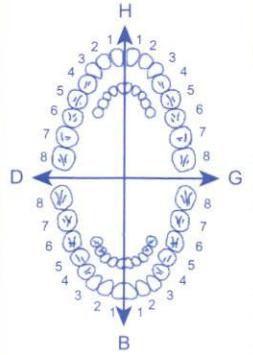
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
# 26				350,00												
				10/12/24												
				10/12/24												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
<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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENNANI NACIRI Shamil

Centre Dentaire Verte

Andaloussien N° 2, Bouskoura

TEL: 03.2159.00.87 - URG: 06.61.621.655

Dr. BENNANI Naciri Siham

MEDECIN DENTISTE
PEDODONTISTE

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal
- Ancienne médecin dentiste à l'hôpital de Montréal pour enfants - CHU McGill
- Ancienne membre de l'Association Dentaire Canadienne
- Ancienne membre de la NorthWest Territories Dental Association
- Ancienne membre de l'Ordre des Dentistes du Québec



الدكتورة بناني ناصري سهام

طبيبة جراحة للاسنان
إختصاصية في الاطفال

- خريجية كلية طب الاسنان بجامعة مونتريال بكندا
- طبيبة اسنان سابقة بمستشفى مونتريال للأطفال
- عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان
- عضوة سابقة بهيئة طب الأسنان بالأقاليم
- الشمال غربيه بكندا
- عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

Bouskoura , le .10..../...02..../...2024..... بوسكورة ، في

Nom & Prénom **BENNANI RHITA**

Facture N° : 202400024

Reçue la somme de 350,00 Dhs

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

pour soins dentaires.

Dr. BENNANI Naciri Siham
Centre Dentaire Ville Verte
Av. Hassan II 5555 N° 2, Bouskoura
Télé: 05.22.59.00.87 - U&G: 06.61.62.1.655

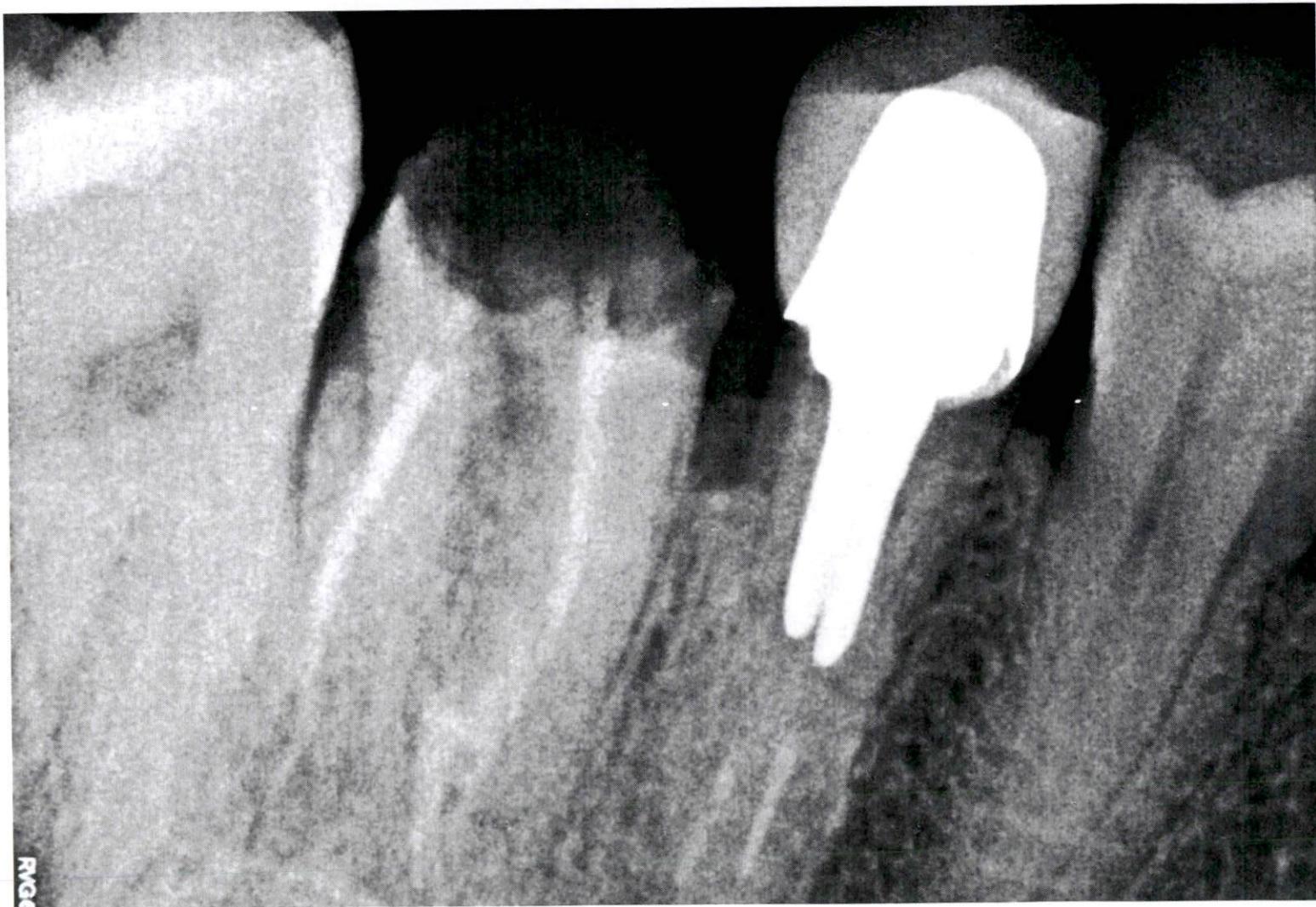
مكاتب ياسمين، عمارة 5 ، شقة 2 ، رياض الاندلس، بوسكورة

Jasmine Offices Imm 5, Bur N° 2, (à côté de Carrefour), Riad Al Andalous, Bouskoura

Téléphone : **05.22.59.00.87**

www.cdvv.ma

Urgences : **0661.621.655**



BBWNAW, RHTA

10/02/24

~~Dr. BENNAJCHI Siham~~
Centre Dentaire Ville Verte
Anfa 1005, 1mm 5 N° 2, Housskoura
TEL: 032259.00.87- URG: 06.61.321.655