

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° W19-453924

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6119	Société :	TAHITI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANANE Abdellatif
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 61 78 82 47 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. TAHITI Abdellatif Chirurgien Dentiste Radiologie Parodontologie Angle Bd. My Passeur et Rue Gustave Mahler Casablanca Tel: 022 20 17 89			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	17/09/2019		
Nom et prénom du malade :	ANANE Abdellatif		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	MUPRAS		
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 : 17/09/2019
 En nature de l'adhérent(e) :

Acquit SIEEC/Rom

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
Centre de Radiologie El Oulfa Bd. Ouri Rabii - Rue 50 N° 2 Casablanca - 20220 Tel: 05.22.93.14.03 - Fax: 05.22.93.56	18/01/19	Rx. Par voie D.	2.89.02

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAHIRI Abdellah
Chirurgien Dentiste
Institut de Parodontologie
10 Rue Gustave Flaubert
Tunis - Tunisie - Tel: 022 20 17 51

DOCTEUR TAHIRI ABDELALI

CHIRURGIEN DENTISTE

DIPLÔMÉ DES UNIVERSITÉS DE PARIS

- | ORTHODONTIE
- | IMPLANTOLOGIE
- | PARODONTOLOGIE
- | CHIRURGIE BUCCALE
- | REHABILITATION ORALE
- | DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS



الدكتور الطاهري عبد العالى

طبيب جراح للأسنان

خريج كليات باريس

زراعة الأسنان

تقويم الأسنان

جراحة الفم واللثة

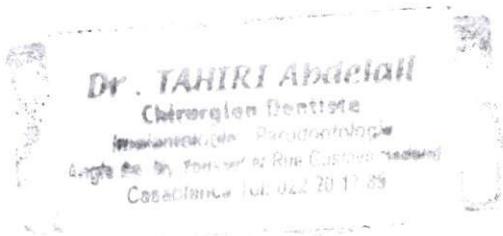
طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le 17/09/2019

NOTE D'HONORAIRES

Identification du chirurgien dentiste traitant



Identification du patient

Nom et prénom **ANANE ABDELMAJID**

Date de fin de traitement **17/09/2019**

DESCRIPTION PRECISE ET DETAILLEE DES ACTES

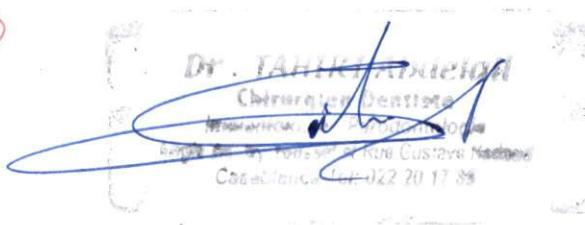
<i>Localisation ou N dents</i>	<i>Nature de l'acte</i>	<i>Cotation</i>	<i>Honoraires</i>
	DETARTRAGE BIMAXILLAIRE	D24	400,00
		D24	400,00DH

Somme réglée à ce jour : QUATRE CENTS DIRHAMS

Le praticien certifie avoir exécuté l'intégralité du traitement

Signature du chirurgien dentiste

DR
TAHIRI
ABDELALI



DOCTEUR TAHIRI ABDELALI

CHIRURGIEN DENTISTE

DIPLÔMÉ DES UNIVERSITÉS DE PARIS

ORTHODONTIE

IMPLANTOLOGIE

PARODONTOLOGIE

CHIRURGIE BUCCALE

REHABILITATION ORALE

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS



الدكتور الطاهري عبد العالى

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية باريس

تقديم الأسنان

زراعة الأسنان

جراحة الفم واللثة

طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

ORDONNANCE

Casablanca le : 17. SEPT 2019

ANANE ABDULKHALAQ

1. Hadis Benyamin Salma

Sgt nay

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tél: 05.22.98.04.93 - Fax: 05.22.93.55.5

DR TAHIRI Abdelali
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Implantologie
70 Bd. Ibn Rochd - 10 Bd. Chouara
Casablanca - Tel: 05.22.20.17.89

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 18/09/2019

FACTURE N°09060/2019

NOM & PRENOM: ANANE ABDELMJID

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tél. 0522.93.04.93 - Fax 0522.93.56.3*

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com