

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-425931

Deut

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8141

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MABROUK

TAOUFIK

Date de naissance : 14-05-72

Adresse : Résidence AL MAJADA RD ND II
Rene Chid

Tél. : 0667051506

Total des frais engagés : 2050 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/19

Nom et prénom du malade : EL MABROUK BENZA

Age : 16

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cain

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

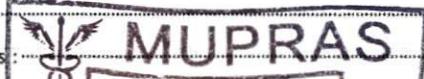
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : A



20 SEP. 2019

ACCUEIL

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

DR BENNANI NAJIR SIHAM
CHIRURGIEN DENTISTE
49, BD MOHAMED V - TERRECHID
0522 51 66 99 - 0651 62 16 55

Dr Siham BENNANI NACIRI

Chirurgienne Dentiste

Diplômée de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

Ex.membre de l'association dentaire canadienne

Ex.membre de l'ordre des dentistes du Québec



الدكتورة سهام بناني ناصري

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بجامعة مونتريال

عضوة سابقة بالهيئة الكندية لطب الأسنان

عضوة سابقة بهيئة أطباء الأسنان بكيبك

Berrechid, le 31/07/19

FACTURE # 056/19

PATIENT(E) : EL MABROUK KENZA

Je soussignée Dr. BENNANI NACIRI SIHAM,

affirme avoir reçu la somme de 2050.00 DHS (DEUX MILLE
CINQUANTE DIRHAMS) pour traitements dentaires.

24 SEP. 2019

DR BENNANI NACIRI SIHAM
CHIRURGIEN DENTISTE
49, BD MOHAMED V, 2^{ème} étage - BERRECHID (Au dessus de la banque CIH)
0522 51 66 99 - GSM: 06 61 62 16 55

49 شارع محمد الخامس، الطابق الثاني - برشيد - الهاتف \ الفاكس: 05 22 51 66 99 - اخمول :

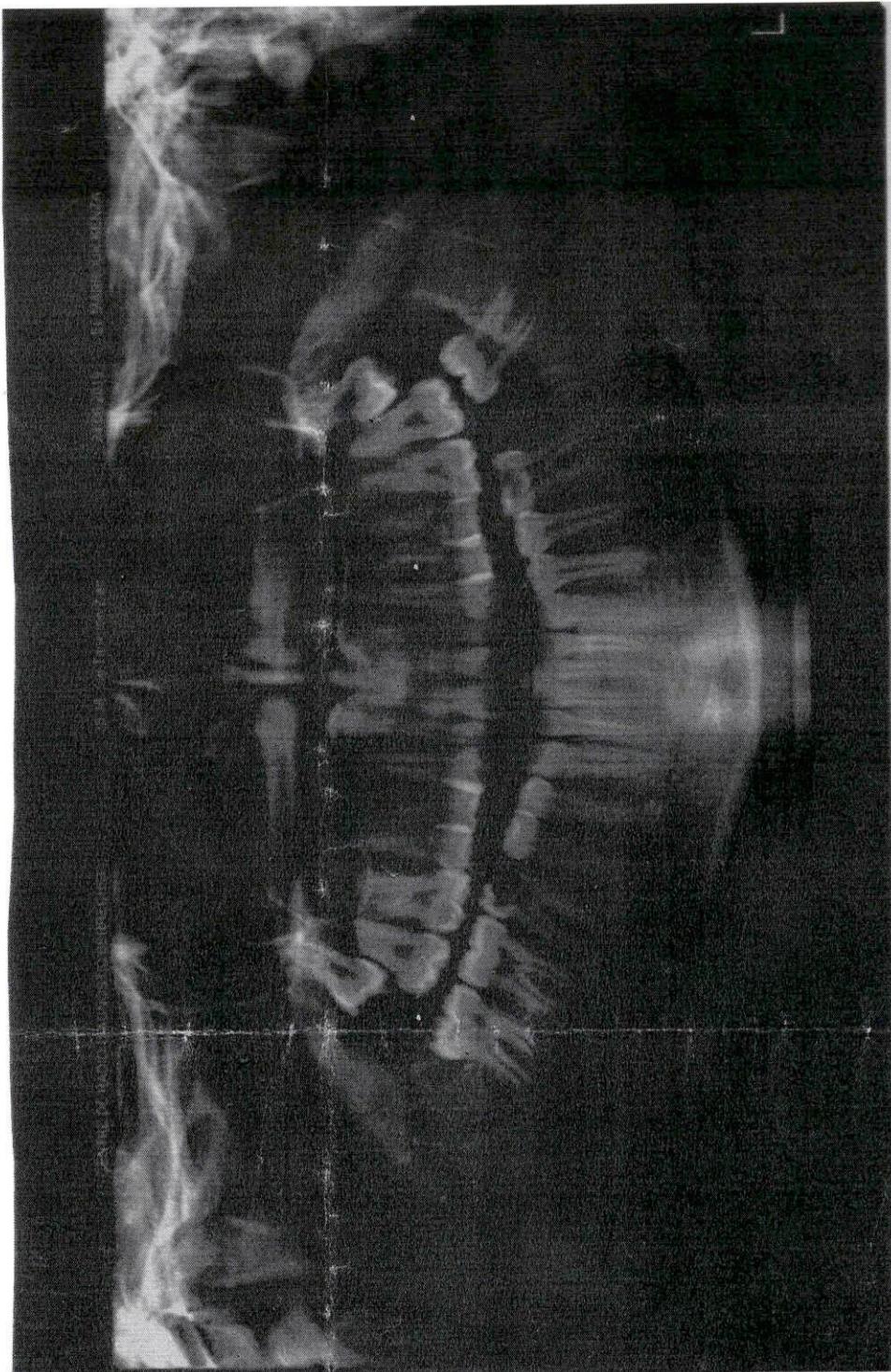
49 Bd Mohamed V, 2^{ème} étage - BERRECHID (Au dessus de la banque CIH)

Tél/Fax. : 05 22 51 66 99 - GSM: 06 61 62 16 55

E-mail : cabinetdentairebennani@gmail.com

f <https://www.facebook.com/cabinetdentairebennani>

RX Adult TX 36-146



✓✓