

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° W19-448744

| | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 9696 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Samoudi Leidi | | | |
| Date de naissance : 02/08/1963 | | | |
| Adresse : 138 Lot OMA Dervaia | | | |
| Tél. : | 0691762346 | Total des frais engagés : | 800DA |
| Dhs | | | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  Dr TAHIRI HASSANI Badr Chirurgien Dentiste Lotissement Ehouakha I n°40, 1er étage Souk - Tel/Fax : 0522.53.22.82 | | | |
| Date de consultation : 06/09/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : DOURHOU NAIMA Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| 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. 24 SEP. 2019 | | | |
| 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 : ACCUEIL Le : / / | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : | | | |

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-448744 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : 9696 Nom de l'adhérent(e) : Samoudi Total des frais engagés : 800DA Date de dépôt : 24/09/2019 | |

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

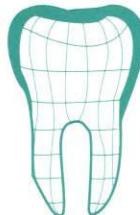
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Cabinet Dentaire

Docteur Badr TAHIRI HASSANI
Doctorat en Médecine Dentaire
de la F.M.D. Casablanca
Ex-Médecin Interne au C.H.U. Ibn Rochd



عيادة طب الأسنان

الدكتور طاهرى حسنى بدر
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
طبيب داخلى سابق بالمركز الاستشفائى
الجامعى ابن رشد

Le : 20/09/19

FACTURE n° 780 / 2019

PATIENTE : DARHAN NATIMA

ACTES : * 14 composite
* DÉTARTRAGE (2 SÉANCES)

Prix : ₡ 800,- ₡

(Huit cent dirhams)

Dr TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement Elouahda I n°40, 1er étage
Deroua - Tél/Fax : 052.53.22.32

INP : 094 00 7716

ICE : 0074 66 96 6000010

IF : 40 00 2310

تجزئة الوحدة I رقم 40 الطابق الأول دروة

Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage Deroua
Tél : 05 22 53 22 32 - Email : dr.tahiribadr@gmail.com