

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

S 2-10/19



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie RB

CASA № W19-459860
Autr *D Acc*
N°4407

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **508**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société : **N°4407**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **DARF IJN veuve AIT HAMOU**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **HAY YASMINA 1 rue M. N°33, CASA**

Tél. : **0671640165**

Total des frais engagés : **1500 + 69 - 1569 Dhs**

Cadre réservé au Médecin : **DR ECHCHADI Yacine**

Cachet du médecin : **Chirurgien Dentiste**

490, bd el qods - casa

Tél. : 05 22 87 31 87

Date de consultation : **16/09/2019**

Nom et prénom du malade : **AIT HAMOU Dr IJN**

Age : **71**

Lien de parenté : **Conjoint**

Lui-même

Nature de la maladie : **DENTIS. POUR PAT**

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **11 OCT. 2019**

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**

Le : **07/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **R**

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
Pharmacie AL RICHI Aïn Chock Casabancs 21 71 92	23/9/18	69 100

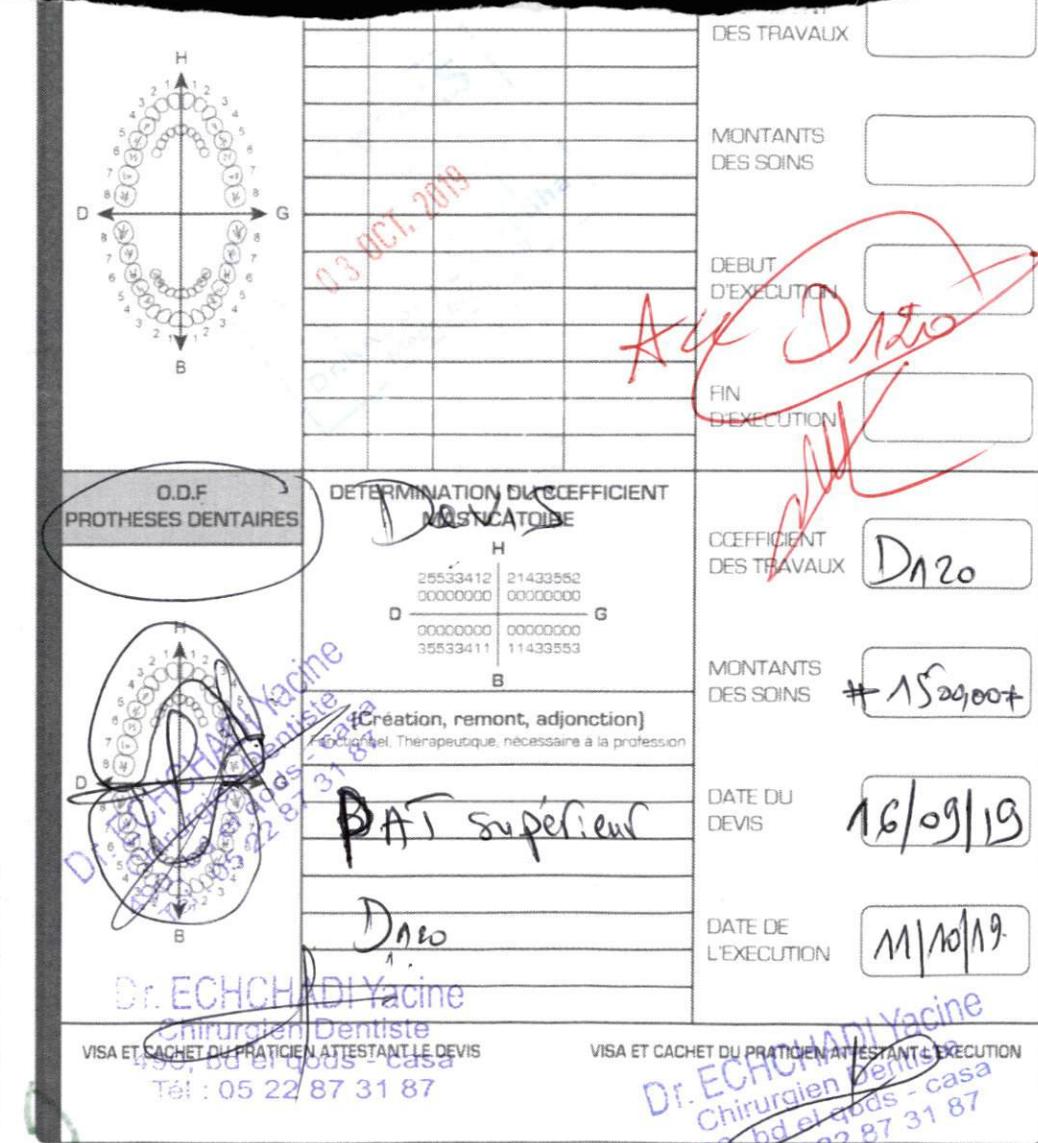
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



DOCTEUR ECHCHADI Yacine
CHIRURGIEN DENTISTE
490 ETAGE 2 Bd Al Qods – Casablanca
Tél : 0522873187

NUMÉRO PATENTE : 34000884
ICE : 001679096000074
IDENTIFIANT FISCAL : 40465196
INPE : 094167517
CNSS : 4271110

FACTURE:

Nom du patient : DARIF IGGOU. AÏAHAMMOU Casablanca le : 11/10/19.

Date	Dents traitées	Actes réalisés	Valeur clé	Montant facturé	Cachet du médecin
11/10/19		PAI Supérieur	120	1500,00	Dr. ECHCHADI Yacine Chirurgien Dentiste 490, bd el qods - casa Tél : 05 22 87 31 87

Montant global	1500,00
Mode de paiement	espèce

Signature du médecin :

Dr. ECHCHADI Yacine
Chirurgien Dentiste
490, bd el qods - casa
Tél : 05 22 87 31 87

69,00
PPC 69,00 DH
69,00

Casablanca, le : 13/03/10

Ordonnance

Darfij

J-

DN Dr. Y. S.

69,00
Pharmacie AL OSRA
LAHIRI CHI Abdellatif
52-54, Bd Amgala Ain Chock Al Inar
Tel.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

Dr. ECHCHADI Yacine
Chirurgien Dentiste
490, bd el qods - casa
Tél : 05 22 87 31 87

490, Bd Al Qods - Casablanca / Maroc

Tél : +212 522 873 187 - Fax : +212 522 502 252 - Email : chadidentalclinic@gmail.com

www.chadidentalclinic.com