

## 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9398

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAH LAOUANE Abderrahim

Date de naissance : 11.05.69

Adresse : lot ILham Rue 9 N°29

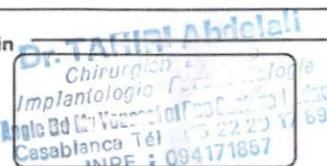
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 DEC 2019

Nom et prénom du malade : BAH LAOUANE Abderrahim Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

30 DEC. 2019

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 : NOUACEUR

Le : 30.11.19 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-469076

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).

MUPRAS

9398

Matricule:

Nom de l'adhérent(e) : BAH LAOUANE

Total des frais engagés : 1100,00 Dhs

Date de dépôt : 30.12.2019

## Déclaration de Maladie

RID N° W19-469076

14677

Lemurier

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

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

**VIOLET ADHERENT**

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

DOCTEUR TAHIRI ABDELALI

CHIRURGIEN DENTISTE

DIPLOMÉ 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

| زراعة الأسنان

| تقويم الأسنان

| جراحة الفم والثة

| طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le 21/12/2019

## NOTE D'HONORAIRES

Identification du chirurgien dentiste traitant

Identification du patient



Nom et prénom **BAHLAOUANE ABDERRAHIM**

Date de fin de traitement **21/12/2019**

### **DESCRIPTION PRECISE ET DETAILLEE DES ACTES**

Localisation ou N dents	Nature de l'acte	Cotation	Honoraires
17	DETARTRAGE BIMAXILLAIRE	D12	300,00
	COMPOSITE	D15	500,00
	DETARTRAGE BIMAXILLAIRE	D12	300,00
		D39	<b>1100,00DH</b>

Somme réglée à ce jour : MILLE CENTS DIRHAMS

Le praticien certifie avoir exécuté l'intégralité du traitement

Signature du chirurgien dentiste

Dr. TAHIRI  
Chirurgien Dentiste  
Implantologie  
Boule De Mouscron 10  
Casablanca 100  
INPE : 094171897