

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° W19-478607

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12390	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEN RHANNOU ADIL
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 62 70 884	Total des frais engagés :	#103,60# Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr EL HATTI Anne Chirurgienne Dentiste Bd. Yacoub El Fassi, 100 Entrée A Eyg 1010 00 66</p> <p>RSIMAG Ben Rhannou Adil 04 DEC. 2019</p>			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age:	
Nom et prénom du malade :		Lien de parenté :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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.			

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 : 04/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

AB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
K.M. 3, BOUTE MOULAY ABD PHARMACIE MOSQUEE AL OUARDI MULAY ABD	25/11/2009	103,60

ANALYSES - RADIographies

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

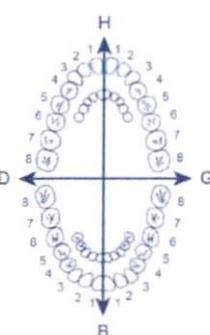
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 103,60 DH
LOT: 612764
PER: 02/21

entaire

ELHATTAB

DENTISTE

u CHU Ibn Rochd



Yacoub EL Mansour

الدكتورة الحطاب إيمان

طبيبة جراحة للأسنان

ملحقة سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد

- Implantologie
- Orthodontie
(Invisalign,Damon)

- Parodontologie
- Esthétique du sourire
(Facettes, Hollywood Smile...)
- Pédodontie
- Soins et urgence.

Casablanca ,Le : 25/11/19

- Dr EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Mansour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 N°11 - Casablanca
Tél.: 0522 99 00 66

1) - Annex: 1 ng (up)

1 gr latex pedet + J



Dr. EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Mansour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 N°11 - Casablanca
Tél.: 0522 99 00 66

مَسْجِدُ الْمُرْسَلِينَ
PHARMACIE MOSQUEE ARRAHMA
Dr. EL OUARDI Mohamed
KM. 3, ROUTE MOULAY THAMI DAR BOUAZZA
CASABLANCA - TEL: 05 22 99 44 99

Maarif, Bd Yacoub El Mansour, 159, entrée A, 3ème étage (par ascenseur), bureau 11
(près du rond point oulmes, en face lydec et au dessus du laboratoire Porte ghandi) Tél : 05 22 99 00 66