

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.

-02.10.19

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

~~Placé(e)~~ *BB*

N° W19-444939 *CASA D'AFS*

Maladie Dentaire Optique *D* A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : *09143* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *MAAD ATTIMAD*

Date de naissance : *23/04/1966*

Adresse : *3, Rue Amnoumi Casablanca*

Tél. : *0661544146* Total des frais engagés : *GASA-Tel : 0661.16.61.46*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *21/10/19*

Nom et prénom du malade : *DR. MAAD ATTIMAD* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : *DR. MAAD ATTIMAD*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *07 OCT. 2019*

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

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : *1/10/19*

Signature de l'adhérent(e) :



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 :

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

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.

<p>655 Bd CHIRURGIEN Mohamed KADI PROTHÉSES DENTAIRES Bordeaux - Résidence CASA - Tel : 05 56 61 46</p> <p>655 Bd CHIRURGIEN Mohamed KADI PROTHÉSES DENTAIRES Bordeaux - Résidence CASA - Tel : 05 56 61 46</p>		<p><i>46 extraudic alveo</i></p> <p><i>D 20</i></p> <p><i>12 SEP. 2019</i></p> <p><i>Preciser le Num de Rx a Pts</i></p> <p><i>D 360</i></p> <p><i>D 400</i></p> <p><i>800000</i></p> <p><i>81/09/19</i></p> <p><i>Le 3/10/19</i></p>						
		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>						
		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>255324121 00000000</td> <td>21433582 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>ccc</i></p> <p><i>ccc</i></p> <p><i>Couronnes</i></p> <p><i>ceram.</i></p> <p><i>250000</i></p> <p><i>250000</i></p> <p><i>DT. KADI Mohamed</i> <i>655 Bd CHIRURGIEN Mohamed KADI</i> <i>655 Bd CHIRURGIEN Mohamed KADI TESTANT L'EXE</i> <i>Al Akhawayne 2ème Etage N° 24</i> <i>CASA - Tel : 05 56 61 46</i></p>	H	G	255324121 00000000	21433582 00000000	35533411	11433553
H	G							
255324121 00000000	21433582 00000000							
35533411	11433553							

NOTE d'honoraires

Nom et prénom du médecin dentiste : Kadi

Nom et prénom du Malade : Ahad AFTI MARD

N° de L'INPE : 094009529

N° de L'ICE: 001636763000017

N° de L'IF : 40410603

Date 11/10/19

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليates Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
Le 5/10/19				1	8000 Dhs	
2 dents traitées pour 85,36 Dhs				1	85,36 Dhs	
						KADI Mohamed Chirurgien Dentiste 665 Bd Bourgogne Casablanca Casablanca - Maroc - 26000 N° 24

Montant global :

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Adresse : 665, Résidence AL AKHAWAYNE A - Angle Bd Bordeaux et Bd Goulimima
2ème Etage N° 24 Bourgogne- Casablanca
Téléphone: 05 22 47 55 16 - E-mail: koszonomdr@gmail.com

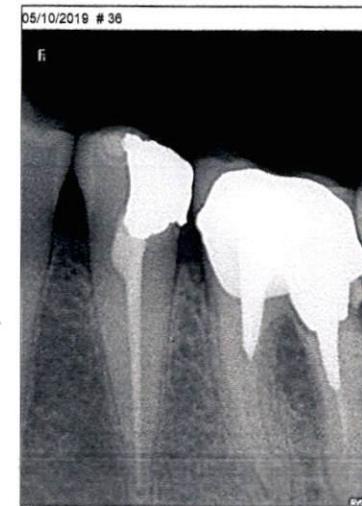
Signature et cachet

HP

ahad iatimad Contexte



Dr. KADI Mohamed
Chirurgien Dentiste
665 Bd Bourguiba 2000
Al Atharwaya 100
OAEI



Dr. KADI Mohamed
Chirurgien Dentiste
665 Bd Bourguiba 2000
ANABA
CAG