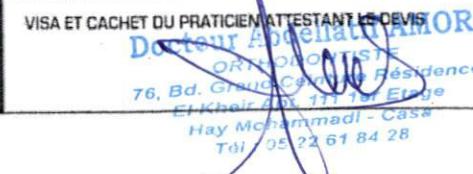


EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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



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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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.

6426

Optique **CA** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2273

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

K. BELGHITI

Date de naissance :

19/09/52

Adresse :

**24 lot elcaduisse s. m
LASA**

Tél. :

06 66 19 85 59

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdellatif AMOR
ORTHODONTISTE
75, Bd. Graria Ceinture Résidence
El Kheir Apt. 111 1er Etage
Hay M'daït, Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45

28 OCT. 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **1/10/2019**

DR. BELGHITI ABDELLAH

Docteur ABDELLATIF AMOR

Chirurgien Dentiste

Orthodontie - Soins - Prothèses

Diplômé de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir



الدكتور عبد اللطيف عمور

طبيب جراحي للأسنان

تقسيم - علاج - ترميم

دكتور دولة في طب وجراحة الأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

Casablanca, le : 09.10.2019

FACTURE

Je soussigne certifie M AMOR - A
avoir reçus la somme de 2500, Deux mille cinq cent DH
de M^{LR} BOELGHITI ABDEL RAHMAN comme honoraire
pour la réalisation des prothèses dentaires
suivantes => CCM 47

Cette facture est délivrée à l'intéressé
pour faire valoir ce que de droit

الدكتور عبد اللطيف عمور
طبيب جراحي للأسنان
شارع العزام الكبير 111 الطابق الأول
الطابق الأول - الحي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22.61.84.28
fax: 05 22.61.84.28