

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-492990

Dentaire
REN
Dos n° 9972



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAHOUIRY - ABDEERRAHMAN

Date de naissance :

01-01-52

Adresse :

29 Rue Benafssaj - Hly Erraha
Beausjour

Tél. :

06.77.80.90.84 Total des frais engagés : 3000. DH.

Cadre réservé au Médecin

Dr LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

LAHOUIRI, Abderrahman

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

prothèse dentaire

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 fournis 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 :

27 NOV 2019

ACCUEIL

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

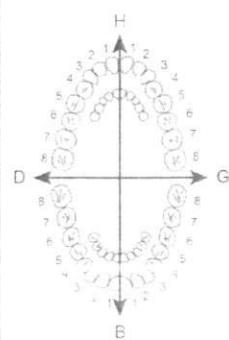
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

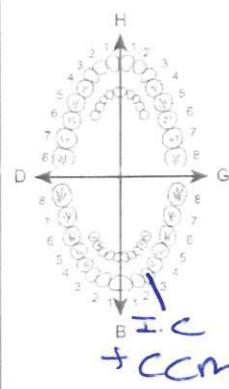
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR. BRAHIM MOHAMED
Chirurgien Dentiste
268 Bis Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

D 260

3000 DH

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

26/11/2019

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Mohamed LAHOUZY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لاهويزي

طبيب جراح للأسنان

الهاتف: 05 22.23.19.80

Casablanca, le : 26/11/2015

FACTURE

Dr Lahouziri Abderrahman

- Prothèse dentaire:
Inlay - car + CCM sur la 33
→ 3260
- Annexe la présente facture à la
sume de = Trois mille dinars
3000 → 30

Dr. LAHOUZY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Ibrahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

Docteur Mohamed LAHOUIRY

Chirurgien Dentiste

Tél. : 022 23 19 80

الدكتور محمد لحويري

طبيب جراح للأسنان

الهاتف : 022 23 19 80

Casablanca, le 26/11/2015 الدار البيضاء، في

Dr Lahouiri Abderrahmane

Rg Avant
du 1c 33
le 21/10/2013



Rg Apres
du 1c 33
le 26/11/2015



Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Ibrahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

268، مكرر، شارع إبراهيم الرو丹ي - الطابق الأول - أنفا - الدار البيضاء
268, Bis,Bd. Ibrahim El Roudani - 1^{re} Etage - Anfa - Casablanca