

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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.

Maladie

Dentaire

Nº P19- 0043230

MD^o = 17594

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZEMI MOHAMED

Date de naissance : 01/07/1947

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr E L BAHI Anna
Médecin Dentaire
191 Bd Dakhla C D
Tél : 0522 57 10 25 Casa

Date de consultation : 02 JAN 2020

Nom et prénom du malade : Dr. Zouhair Elhamed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : des soins 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 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) :



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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

~~191 Bd Dakhla C D~~
Tél : 0522 57 10 25 Casa

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : **El.Bahi.Anna**

N° de L'INPE : **094176997**

N° de L'ICE : **001980141000071**

N° de L'IF : **18813617**

AZEM MOHAMED

Date **20.01.20**

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant Facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
2 se am ce, de de tantaage		09-01-20	D24		300 DH	Dr EL BAHI Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa
17	Dr EL BAHI Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa	20	D10		150 DH	Dr EL BAHI Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa
27	Dr EL BAHI Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa	20	D10		150 DH	Dr EL BAHI Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa

Montant global : **600 DH**

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet
Dr EL BAHI Anna
Médecin Dentaire
191 Bd Dakhla C D
Tél : 0522 57 10 25 Casa

Adresse : **191. Bd.Dakhla.Jamila.3**

Cité.Djemaa

Téléphone : **05.22.57.10.25**..... Fax :

E-mail: **annaebahi@mail.ru**