

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-803149

Nangue facture

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12602	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MELAOUENE Abderrahmane A6699
Nom & Prénom : MELAOUENE Abderrahmane A6699			
Date de naissance : 17-08-88			
Adresse : 2BS. NULACEUR, PARC. NOLACEDER			
Tél. :	06 67 14 41 81	Total des frais engagés :	500,00 Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/10/2023			
Nom et prénom du malade : MELAOUENE Abderrahmane Age : 44			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Soins dentaires			
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 : 25/10/2023 Le : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-803149
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	12602
Nom de l'adhérent(e) :	MELAOUENE
Total des frais engagés :	500,00 Dhs
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

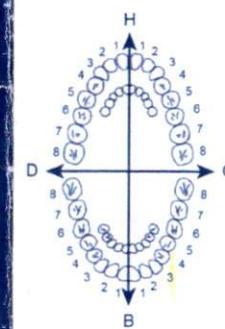
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94012317
	2 6	Composite 110 + ancrage 233 Radiculaire	COEFFICIENT DES TRAVAUX 543	
			MONTANTS DES SOINS # 500 #	
			DEBUT D'EXECUTION 26.05.25	
			FIN D'EXECUTION 26.05.25	

Dr. H. Hirsch REZKI

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

**MONTANT
DES SOINS**

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. HILDEBRAND REZKI
Berlin
~~caused by Dr. Hildebrand Rezki~~
22.08.98 Zürich

J

1950s 6V

RECU D'UN REGLEMENT

Patient(e) : MELAOUEN Abderrahman

Date de règlement : 25/05/2023

Montant Réglé : 500DH

Type de règlement : Espèce



Docteur Hicham REZKI

Chirurgien Dentiste
DU Implantologie ORAL
Université Bordeaux

202, Galerie Abdelmoumen
Boulevard Abdelmoumen
Casablanca - Tél. : 05.22.98.98.27

الدكتور هشام رزقي

طبيب جراح للأسنان
دبلوم جامعي لزراعة الأسنان
كلية بوردو

202، رواق عبد المولمن
شارع عبد المولمن - الدار البيضاء
الهاتف : 05.22.98.98.27

25/05/2023

Casablanca, le الدار البيضاء، في

FACTURE

JE soussigné

Certifie avoir réalisé à

Mr MELAOUENE ABDEERAHMANE

_ Composite + ancrage radiculaire sur la 26

- Et perçu les honoraires d'un montant de 500dh

Cinq cent dirhams.

Dr. Hicham REZKI
Chirurgien Dentiste
202, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél. : 05.22.98.98.27