

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-604658

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <i>Casa Aero</i>	
Matricule : <i>08618</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>BELEMLIH NABIL</i>		Date de naissance : <i>02/10/1971</i>	
Adresse : <i>Habituel.</i>		Tél. : <i>0661627507</i> Total des frais engagés : <i>674,80</i> Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>Dr. Abdellah HADDOU</i>	
Date de consultation : <i>16/08/2023</i>	
Nom et prénom du malade : <i>Belmlih Nabil</i>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Dent</i>	
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 : *CASABLANCA* Le : *17/08/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Abdellah Nabil*

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ZIRAOUI Dr. HIRCHI Maria Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca 02 89 90 19	16/08/23	274,80

092058460 ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées 1 6 (catalyse) 4 0	Nature des Soins 1 6 (catalyse) 4 0	Coefficient INP : INPE: 064199102										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
COEFFICIENT DES TRAVAUX 40		MONTANTS DES SOINS 4000												
DEBUT D'EXECUTION 16/8/10		FIN D'EXECUTION 16/8/10												
COEFFICIENT DES TRAVAUX 40		MONTANTS DES SOINS 4000												
DATE DU DEVIS 16/8/10		DATE DE L'EXECUTION 16/8/10												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

Dr. Abdelhay HADDOU

Médecin Chirurgien - Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire en Orthopédie dento-faciale - Faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

ORDONNANCE

Casablanca, le :

126,30 x 2
 ARMACH ZIRAOUI
 Dr. H. RICHI
 26, Bd Zirabout N°18 - Casablanca
 Tel: 05 20 00 89 93

ORDONNANCE
 Casablanca, le : 16/8/2011

Dr. Abdellah Nadj

Agoutin, g (sachet) A.S

30/10/2011

22,20

Chylamax-CP

30/10/2011

30/10/2011

224,80

Dr. Abdellah ADDOU
 Médecin Dentiste
 Dr. N. N. Stage 2
 Tel: 05 23 85 09 61

A.S INPE 092058460

Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4, El Oulfa, Casablanca

Tél : 05 22 89 08 61

AUGMENTIN 1 g/125 mg

12 sachets

A standard 1D barcode representing the product information.

6 118000 160175

PPU: 126,30 DH

LOT: 651844

PER: 03/25

AUGMENTIN 1 g/125 mg

12 sachets

A standard 1D barcode representing the product information.

6 118000 160175

PPU: 126,30 DH

LOT: 651844

PER: 03/25

Codoliprane®

Paracetamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés
sécables

6 118000 040217

PPV: 22DH20

PER: 05/25

LOT: M1617



CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

Dr. Abdelhay HADDOU

Médecin Chirurgien - Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme Universitaire en Orthopédie dento-faciale - Faculté de médecine dentaire de Casablanca

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

263728

FACTURE

Casablanca, le : 16/8/2023

Dr. Abdelhay HADDOU

Dr. Abdelhay

15

D40

4600,-

ICE: 002101521000053
IF: 25275727

INPE: 064199102

Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4, El Oulfa, Casablanca

Tél : 05 22 89 08 61

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Chirurgien - Dentiste
IBN ROCHD

