

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'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-800577

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8429

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKHMIS

EDOUA

Date de naissance : 11/11/65

Adresse : Résidence Linne APP 18 n°APRIF

Tél. : 0660541233

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdellay HADDOU

Médecin Dentiste

Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etagé 2

El Oula, Casablanca Tel : 05 22 89 08 61

MUPRAS

ACCUEIL

KH. HIRIM

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 : CASA

Le : 08/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : El Della

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-800577

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 : 8428
 Nom de l'adhérent(e) : AKHMIS
 Total des frais engagés : 314,80
 Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/83	188,50
	05/10/2023	126,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHÉRENT

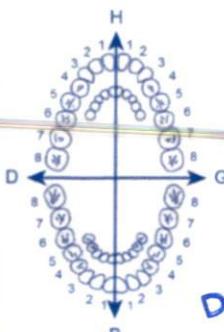
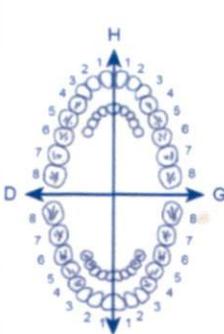
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
																		
<p style="text-align: right;">INPE : 064199102</p> <p style="text-align: right;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: right;">DÉBUT D'EXÉCUTION</p> <p style="text-align: right;">FIN D'EXÉCUTION</p> <p style="text-align: right;">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</p> <p style="text-align: right;">DATE DE L'EXÉCUTION</p>																		
<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="width: 30px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D		G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		B	
D		G																
25533412	00000000	21433552																
00000000	00000000	00000000																
35533411	00000000	11433553																
	B																	
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHEZ LES PREMIERS CHIFFRES DE LA TÉLÉPHONE POUR L'EXECUTION
Dr. Abdellatif JADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°2 Etage 2
Oulfa, Casablanca - Tél: 05 22 89 08 61



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 : 05/05/14

40,00

Dr. Abdelhay HADDOU

1/ Gt. poud (long) (co)

1/2 veue d

350/500

Pd. 56

126 DR. ABDSSA MAD
Pharmacie LAKHIAITA
T. 05667393909

126,30
(glt.)

2/ Agnelet

Dr. ABDSSA MAD
Pharmacie LAKHIAITA
T. 05667393909
Gsm 05667393909

3/ ght/7 Pd. 70

MS

3/ 22,20

1/ poud (co) 63

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2
El Oulfa, Casablanca Tel.: 05 22 89 08 61

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

188,50

Tél : 05 22 89 08 61

PPV:22DH20
PER:05/25
LOT:M1711



PPV:40DH00
PER:07/26
LOT:M2402

PPV:126,30 DH
LOT:651610
PER:04/25

PPV:126,30 DH
LOT:651610
PER:02/25