

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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° W21-800581

PE

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1901

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

1910

JABR AÏT Hassay

01/01/1955

AL YASMINE 14 Apt 7

ER RIBA

06 63 29 18 71

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Mohamed Ben Ali Lot. N°91, N°4 Etage 2
Sétif, Casablanca - Tel: 05 22 89 08 61

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/01/2024

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-800581

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

* 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
		D 1 2 3 4 5 6 7 8 D 1 2 3 4 5 6 7 8 G 1 2 3 4 5 6 7 8 B 1 2 3 4 5 6 7 8	D 10 T 10 T 10	D 15 D 15 D 15
				INP : INPE : 064199102
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 36
				MONTANTS DES SOINS 90,-
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H D G B	00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX 125 + 500,-
		Création, remont, adjonction Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		sketch haddou Gaber.		
		DATE DU DEVIS 15/11/24		
		DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. Abdellah HADDOU Médecin Dentiste Rue Moulay Thamri N°91, N° Etage 2 Eloufa, Casablanca Tel.: 0522 89 08 61</i>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

N° Dossier: 191060_B4
N° Dossier externe: PEC-1901-17/01/2024
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: CHAABI SAIDA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 17-01-2024
Date de fin:
Date de saisie: 17-01-2024
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
18-01-2024	Manuel	preciser le num des dents sur stel

1091060



Le 15 février 2024

DR. HADDOU ABDELHAY
RUR MLY THAMI LOT 91 EL OULFA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0001901_1955-07-01_HASSAN

N/REF : 20240300026632

Adhérent : JABRANNE HASSAN

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SAIDA CHAABI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 10935.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1215.00 MAD

Validité de prise en charge : du 30-01-2024 au 30-04-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à SAIDA CHAABI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations. 

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITES :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la police en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé)
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



ACC DR6
+ DSFS SIR da après



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 : 16/11/2024

Dent de laine

Rue chaîne Seide

Début	Maxillaire	D ₆
Fin	11 - 11	D _{15 & 2}
Dent	16 - 15	D _{16 & 2}
Zirconium	11 - 11	D _{20 & 3}
Stellite haut	6 dent	216 + D _{3 &}
		17 - 16 - 15 - 14 - 24 - 27
		Total = 1409,-

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

Tél : 05 22 89 08 61