

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

N° W19-408620

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **08618**

Société : **Cas Aera**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BELEM LIH**

**NABIL**

Date de naissance : **02/11/1971**

Adresse : **3 lot hajj Feth el Zige 2 ouf Pa Casablanca**

Tél. : **06 61 62 75 07**

Total des frais engagés : **1600**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdelhay HADDOU**

**Médecin Dentiste**

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

El Oued, Casablanca - Tél.: 05 22 89 08 61

Date de consultation : **08/10/19**

Nom et prénom du malade : **Bellem LIH Major**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **TMJ**

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 : **08/10/2019**

adhérent(e) : **J. A. A.**

 **MUPRAS**

**TO OCT 2019**

**ACCUEIL**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

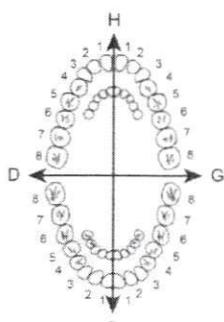
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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 : <b>094184082</b>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
D		B																		
00000000	00000000	35533411	11433553																	
		<p><b>Coefficient</b> des travaux</p> <p><i>1000</i></p>																		
		<p><b>Montants</b> des soins</p> <p><i>1500,00</i></p>																		
		<p><b>Date du</b> <b>devis</b></p>																		
		<p><b>Date de</b> <b>l'exécution</b></p> <p><i>08/11/2019</i></p>																		
		<p><b>Tratem +</b> <b>ortho dentique</b> <b>2<sup>me</sup> Semestre</b> <b>Sous extraction</b></p>																		

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU MINISTRE D'INTERIEUR L'EXECUTION

~~Rue Moulay Thami lot N°91, N°4 Etage 2  
EL-Oulja, Casablanca - Tel : 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

ICE: 002101521000053

Ex-Attaché au Centre Hospitalier Universitaire IBN ROCHD

IF: 25275727

FACTURE

094184082

Casablanca, le : ..... 02/10/19

Alenfant Hajar Belenahli

Traitements orthodontique 10thattache.

Sans extraction. 2ème semestre

D90 = 1500,00

Dr. Abdelhay HADDOU  
Médecin Dentiste  
Rue Moulay Thami Lot. N°91, N°4 Etage 2  
El Oulfa, Casablanca - Tél: 0522 89 08 61

Signature Dr. HADDOU

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

Tél : 05 22 89 08 61

LehIB3

011793000053210000141008

Dr. Abdelhay HADDOU  
Médecin Dentiste  
Rue Moulay Ismaïl lot. N°91, N°4 Etage 2  
El Oulfa, Casablanca 20100  
09 09 61