

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

- Reclamation : 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.

N° W19-459750

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule : 8659		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : NAOUF Abdellah R		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 01/04/1969		Adresse : Rue Jbelz Benziz 2 N° 09 Bouygues Casablanca	
Tél. : 0661430263		Total des frais engagés : 600 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 1/10/2019	
Nom et prénom du malade : NAOUF Abdellah R	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 : 30 OCT. 2019	
Signature de l'adhérent(e) : 	
MUPRAS NSB	

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-459750	
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 : 8659	Nom de l'adhérent(e) : NAOUF
Total des frais engagés : 600 Dhs	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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents	Nature des soins	Coefficient	INP :
28	pulpation D ₇	+	INCOEFICIENT DES TRAVAUX DPT
	+ 585 P D ₁₅		MONTANTS DES SOINS #600 M#
			DEBUT D'EXECUTION 23/09/2010
			FIN D'EXECUTION 23/09/2010
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DRALOUICH Mohamed
64 Rue Radès 1007
Tél: 03 32 13 14

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CABINET DENTAIRE DRIOUICH

Soins - Paro - Prothèse - Radio - Ortho Blanchiment

Dr. DRIOUICH Mohammed
Chirurgien Dentiste



الدكتور. الدريوش محمد
طبيب جراح للأسنان

Casablanca le: ٢٣/٥/٢٠١٩ الدار البيضاء في:

IF: 4h400097

ICE: 00185072100083

INP: 03401123

Facture n° ٥٦ نسخة
Abdellah.

Le montant de la facture

Le montant à verser

* 600 Dhs

DRIOUICH Mohamed
Chirurgien Dentiste
Casablanca
Tunisie
0522211374

64, Rue Regraga Im Bouarfa 6, étage 1 App 5, Bourgogne

0522 27 73 74

Dr DRIOUECH user

hawi
ECH user

PA # 18
04/01/1980 02:32:09



#18

Apst traitant
23/03/2005.

Dr. DRIOUICH Mohamed
Chir. Dentiste
6, Rue de la
Maison Blanche
74222277374

Dr DRIQUECH user

nawi
ECH user

PA # 18
04/01/1980 02:43:08



Avant traitent
23/09/2015

Dr. DRIQUECH Mohamed
Chirurgien Dentiste
Centre dentaire Bouygues
Tel: 0322 27 73 74