

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

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

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° W21-808063

168389  
REC

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Mont

RAM

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKIRANE

DOUNIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Agouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-808063

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
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"/>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Juratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

— 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<p>Dr. Azeddine MELHAOUI CHIRURGIEN DENTISTE Impasse Imam Aouai Boulevard Hassan II Casablanca</p> <p>PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>Tel.: 05 24 21 11 05</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0940418900												
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Bridge 3CC 24-21-86</p> <p>Dr. Azeddine MELHAOUI CHIRURGIEN DENTISTE Impasse Imam Aouai Boulevard Hassan II Casablanca</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>					H	25533412	21423552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21423552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															

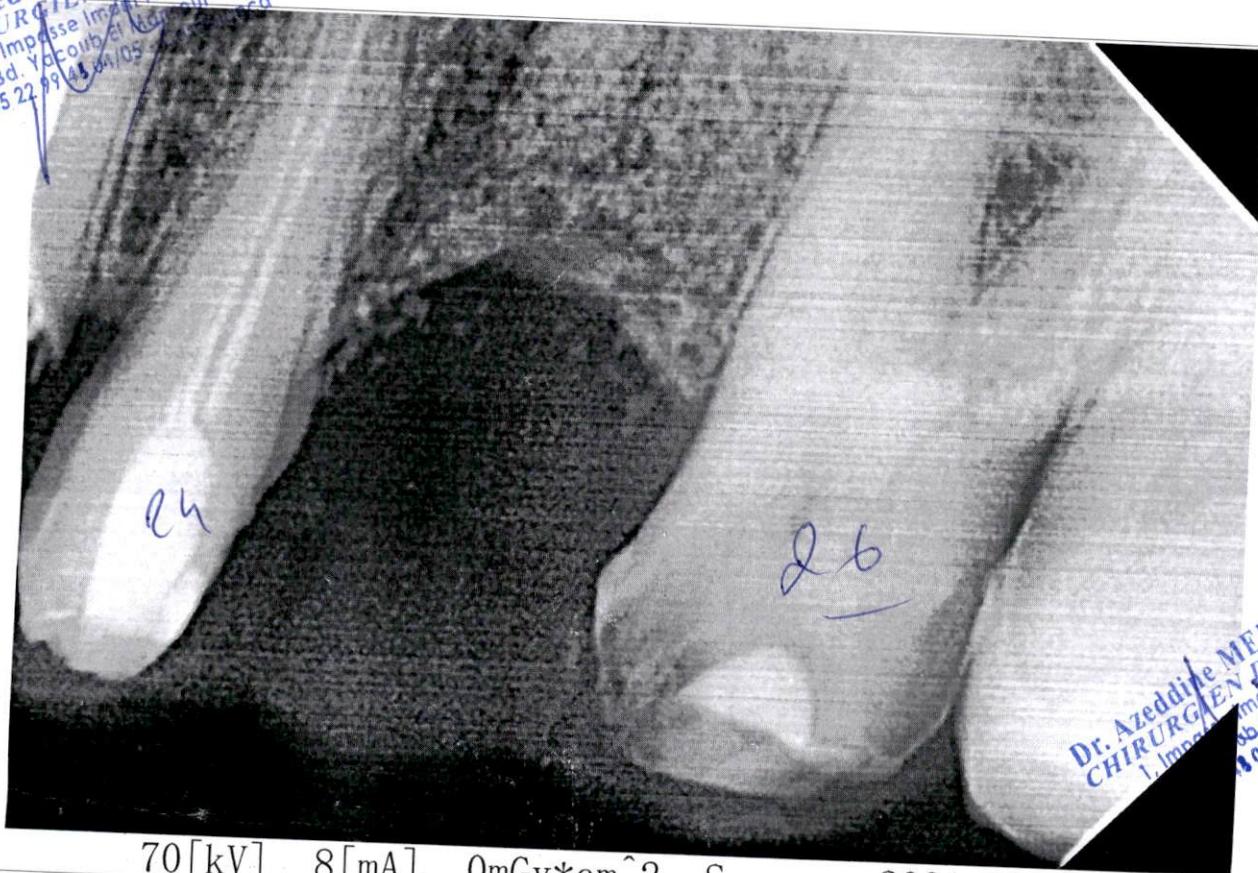
Chart No:

Nom: benkirane dounia

Sexe: Femelle Age: 44

2023-06-22 19:39

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Casablanca  
Tél.: 05 22 99 41 04/05



70[kV] 8[mA] 0mGy\*cm<sup>2</sup> Sensor 2021-06-01

A faire Bridge  
3 cor d 4-25-26

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Casablanca  
Tél.: 05 22 99 41 04/05

Nom de la clinique: DR AZEDDINE MEI Médecin traitant: MELHAOUI  
Adresse: rue imam aouzai bd yacoub Coordonnées: 0522994804