

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.

M22- 0059621

remplace

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El searadi Mohamed

Date de naissance :

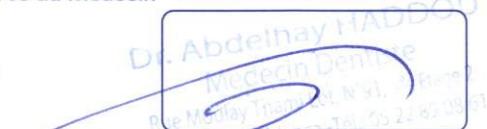
Adresse :

Tél. : 06 23 18 98 03

Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El searadi Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 26/07/2023

Le : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0059621

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 : 5582

Nom de l'adhérent(e) : El searadi Mohamed

Total des frais engagés : 3000

Date de dépôt : 26/07/2023

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

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
46	cathe	D30	D30
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
a 300,00			
DEBUT D'EXECUTION			
21/11/15			
FIN D'EXECUTION			
21/11/15			
CCEFFICIENT 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			

DENTAL PLAN

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	B
00000000 35533411	00000000 11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Abdellah HADDOU
Praticien Dentiste
Rue Noureddine Hammam Lot. N°91, N°4 étage 2
El-O-Ka Casablanca - Tel. 05 22 99 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

N°LE 5582



ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/7/2023

Infestation de la LIS + Extraction
c'est pour cela nous avons
présur de faire Dr. Elouad
Abdellah Augmentin

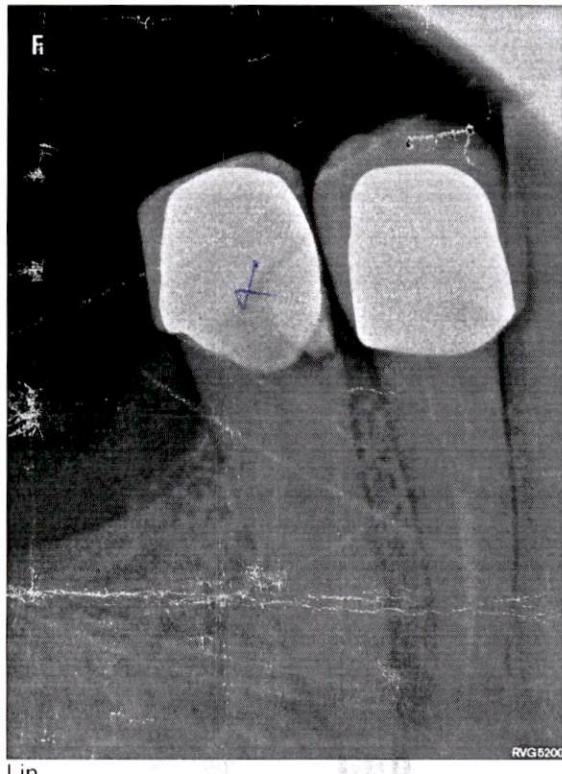


Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4, El Oulfa, Casablanca

Tél : 05 22 89 08 61

hp

ELOUARDI MOHAMMED 11/07/2023 # 18



Dr. Azzahra HADDOU
Meo 2020 Dentiste
Boulemane Jdid 10000 Casablanca 2
Tunisie 2023 07 11

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

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

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.

M22- 0034504

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El ouarad Mohamed

Date de naissance : 30/01/72

Adresse :

Tél. : 0623188803

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El oual Ben abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0034504

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 : 5582

Nom de l'adhérent(e) : El ouarad Mohamed

Total des frais engagés : 6645,00

Date de dépôt : 10/01/2016

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

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				DEBUT D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				FIN D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				DATE DU DEVIS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				DATE DE L'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et axes (H, G, D, B).				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellah HADDOU
Médecin Dentiste
06 62 22 22 22 / 06 62 22 22 22

1250

50000

17/10/2013

CC

N° Dossier: 168206 
N° Dossier externe: PEC-05582-13/07/2023
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: EL OUARDI MOHAMED
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 13-07-2023
Date de fin: 13-07-2023
Date de saisie: 13-07-2023
Événement:

[Liste de devis \[+\]](#)

Commentaires pour l'édition

Ajout

[Commentaires existants \[+\]](#)

Date	Type	Commentaire
14-07-2023	Manuel	ACC D180 RE CCM 45 S/R RX APRES DR ABDELHAY HADDOU(RX APRES A COMPARER AVEC LA CCM DE 2018)

Le 17 juillet 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0005582_1956-01-30_MOHAMED

N/REF : 20231980022949

Adhérent : EL OUARDI MOHAMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMED EL OUARDI.

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 : 3240.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 360.00 MAD

Validité de prise en charge : du 17-07-2023 au 17-10-2023.

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 MOHAMED EL OUARDI.

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

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

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 prise 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.



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 :/...../..... 11/11/03

Devis dentaire
Dr. Elouadi Noham

CCC 45 D250

4500,-

Abdelhay HADDOU
Médecin Dentiste
Rue Moulay Thami, Angle BD HH 24, Lot. N°91, Etage 2, Appt. N°4, El Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 89 08 61

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

Tél : 05 22 89 08 61