

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhession@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° W19-421001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 407

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NIKOU Amal

Date de naissance : 31/11/1956

Adresse : 12, Rue Fikret Ange. Hcs. Salmane

Tél. : 06 67 94 41 69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/6/2019

Nom et prénom du malade : NIKOU Amal

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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 : 26/6/2019 - Casablanca le : 26/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :



16 SEP. 2010
ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : 094018800												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>35533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	35533412	21433553	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	35533412	21433553														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
<p>22 SEP 2019</p> <p>Dr. Azeddine MELHAOUT DENTISTE 22 99 48 04/05 - Casablanca</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
<p>Dr. Azeddine MELHAOUT DENTISTE 22 99 48 04/05 - Casablanca</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR
DU MEDICO-CHIRURGIEN
Impr. 55000 LYON 690404/05 - CASA
Tél. 04 22 99 48 04/05 - CASA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr. Azeddine MELHAOUT
CHIRURGIEN DENTISTE
1. Impasse Imam Aouzai
Bd/ Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 99 48 04/05 Casablanca

NOTE D'HONORAIRES

DR. AZZEDDINE MELHAOUI
ENTREPRENEUR DENTISTE
1, boulevard Imam Aouiai
36, Yacoub El Mansour
+212-22-22-46-04/05 - Casablanca

Nom et prénom du médecin dentiste :

Nº de l'INPE: 094012200

N° de l'ICE : 001677235000095

N° de l'IF: 60805494

Date 13/9/19

Montant global :

Mode de paiement

Espèces

Chèque

0 SEP. 2019

Adresse:

Télépho

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
1, Impasse Imam Aoual
ad. Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 48 04 05 - Casablanca

Téléphone : Dr. ALDO M. BURGESS - 1000000-1234 - Club El Manzanares - Casablanca - Fax : 0524-420000

E-mail:

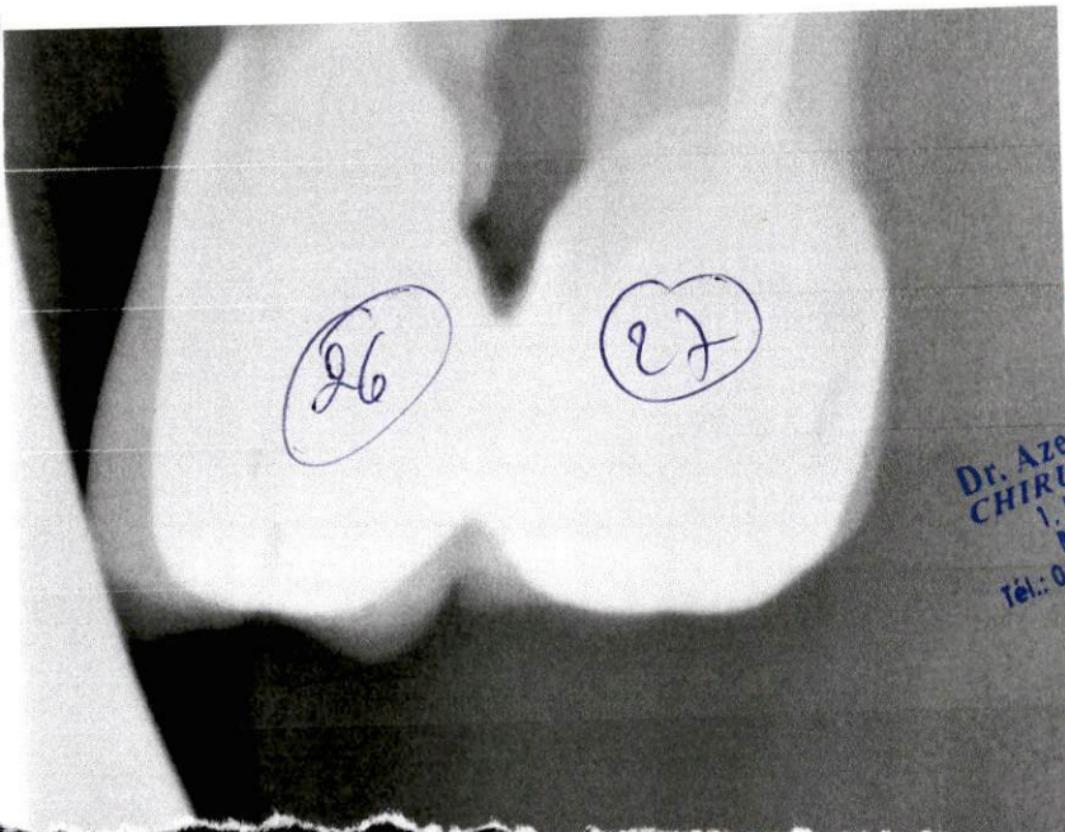
Fax:

to a thing

to a thing
to a thing
to a thing
to a thing

W





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

Mr. Miller Amal.

Rec 7 (26-27)

Re pres



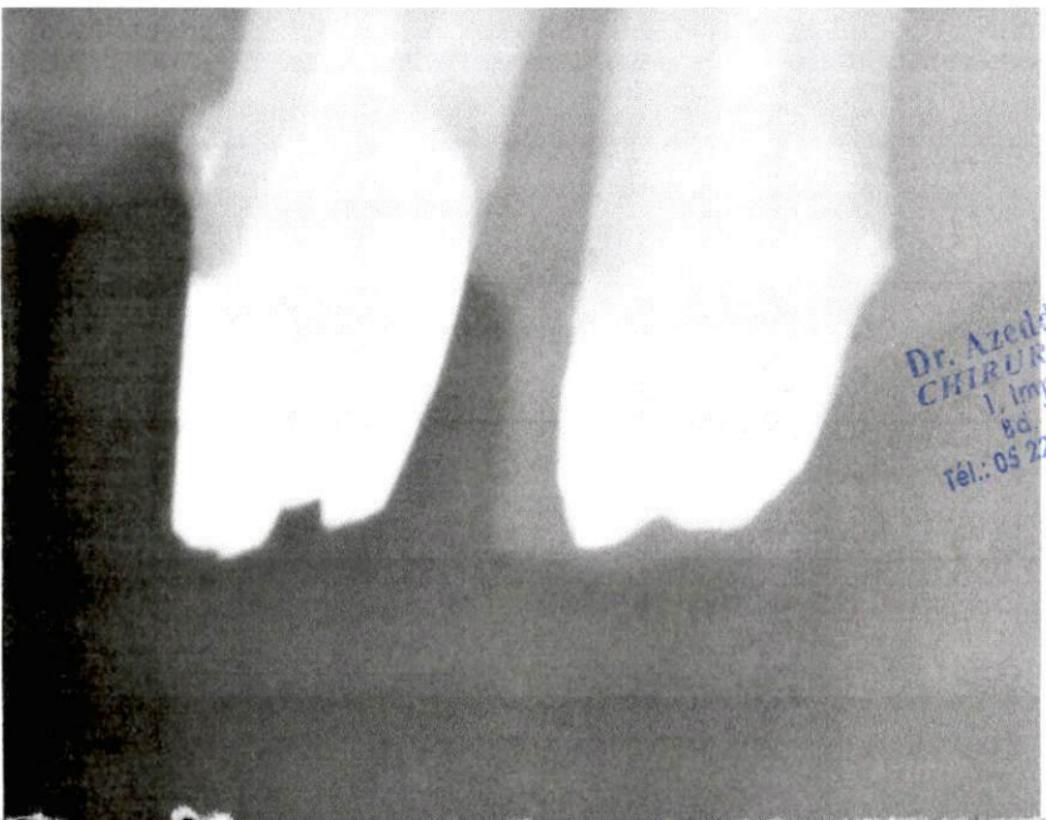
Moulikou Amal
Lec 7 16-17

✓

Rx pre

Dr. Azeddine MELHAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
Impasse Elman Ouzai
El Yacoub El Mansour
Tel. 02 299 48 04/05 - Casablanca

Mme Nihou Aoual
à faire le 07/06/2019
le 17/06/2019



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

✓

27 JUIN 2019

Dr. Nihou Aoual
Réf. 00000000000000000000