

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 : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M22- 054734

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricole : 12760

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : TARI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Société :

Autre :

185220

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2013

Nom et prénom du malade : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 054734

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.																		
	Dents Traitées		Nature des Soins															
CCEFFICIENT DES TRAVAUX 																		
	Dents Traitées		Nature des Soins															
MONTANTS DES SOINS 																		
DEBUT D'EXECUTION 																		
FIN D'EXECUTION 																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																		
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	00000000		00000000		D	11433553	35533411		B	
H	21433552																	
25533412	00000000																	
00000000																		
00000000																		
D	11433553																	
35533411																		
B																		
H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 00000000 11433553 D 35533411 B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
Devise CCC sur le 36/35cf																		
37																		
Dr. Dr. WIKOU SALMA 14, Rue des Papillons Oasis																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 14, Rue des Papillons Oasis Casablanca Tel: 05 22 25 47 47																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 14, Rue des Papillons Oasis Casablanca Tel: 05 22 25 47 47																		



Devis d'honoraires

Patient : Mme TAZI SANAA (1006)

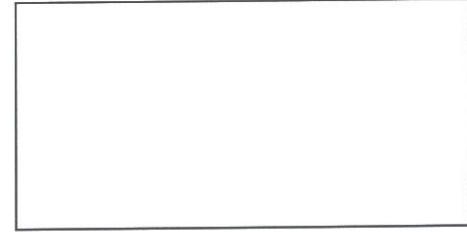
Dent	Acte	Honoraire
37	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
36	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
35	Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC"	4 000,00
TOTAL		12 000,00

Somme arrêtée à : douze mille dirhams

Dr. Salma MIKOU Dental Center



Signature du patient ou du tuteur légal



Note : Le patient (ou le tuteur légal) reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement et avoir été informé sur la procédure de maintenance.

Dr. Salma MIKOU Dental Center

Immeuble Romandie A angle Bv Bir Anzarane et rue de Libye. Numéro 21, 2ème étage. Casablanca. Tél. : 0522363060
ICE : 003245485000056 Patente N° : 34751605 INPE : 064199896