

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 562

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKKI BERAADA LAMIA

Date de naissance : 08/02/60

Adresse : Résidence ANNOUR Bd TANTAN Casa

Tél. : 0661312497

Total des frais engagés : 18.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAJAA Salma
Chirurgien Dentiste
10, Bd Tantan N°s, Annour
App 103, 1er Etage Bourgogne
Casablanca

INP: 094186475

Date de consultation : 10/02/2013

Nom et prénom du malade : MEKKI BERAADA Lamia Age: 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse 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 : Casablanca

Le : 15/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0006858

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 :

BELEVE 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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

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

Bridge CCC zircon

de 33 à 43

Dr. RAJAA Salma
VISA ET CACHET ~~Chirurgien Dentiste~~ DEVIS
10, Bd Tantan Rés. Annour
Appt 103, 1er Etage Bourgogne
Casablanca

14XI 21/02/22: 18:16:22, Vue Examen 07/02/22



44XI 21/02/22: 18:16:53, Vue Examen 07/02/22



33XI 21/02/22: 18:17:15, Vue Examen 07/02/22



Dr. RAJAA Salma
Chirurgien Dentiste
10, Bd Tantan Rés, Annour
Appt 103, 1er étage Bourgogne
Casablanca

Davis pour 6 ccc giron
de 33 à 43



Dr Salma RAJAA
CHIRURGIEN DENTISTE
10, Av. TANTAN
Rés Annour 1^{er} Etage Appt 103
Bourgogne Casablanca
05-22-36-39-81
Dentalsenseclinic@gmail.com



DENTAL SENSE CLINIC

I.N.P: 094186475

الدكتورة سلمى رجع
طبيبة جراحية للأسنان
شارع طنطان إقامة النور
الطباق الأول شقة 103
بوربون البيضاء
05-22-36-39-81

DEVIS

Nom du patient : MEKKI BERRADA Lamia
Mutuelle : MUPRAS

Suite au traitement reçu, je présente à Mme. MEKKI BERRADA Lamia suivant l'usage, un devis dont le détail se trouve ci-dessous :

Actes	Honoraires
Bridge 6 CCC Zircon sur 33 32 31 41 42 43	3000,00 X 6 MAD
Total	18.000,00 MAD

Cette note d'honoraires tient lieu de devis.

Fait à : Casablanca Le 10/02/2023

Cachet et Signature

Dr. RAJAA Salma
Chirurgien Dentiste
10, Bd Tantan Rés. Annour
Appt 103, 1^{er} Etage Bourgogne
Casablanca