

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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 : 6096

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAHIRI JOUTI SAMYA

Date de naissance :

21/9/62

Adresse :

62 Bd Abdelatif Ben Kadour

Loc. n° :

CASABLANCA

Tél. :

06 61258716

Total des frais engagés :

13.000,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dental Studio

Dr. Barakate Samya

Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,

Apt2, Vaffeur - Casablanca

Tél : 06 00 61 22 99

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/02/2023

Nom et prénom du malade :

TAHIRI JOUTI SAMYA

Age : 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Demande de prise

en charge pour prothèse

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 :

13/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :

TAHIRI JOUTI SAMYA

Le :

13/2/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M22-0042011

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).

Déclaration de Maladie

M22- 0042011

15/10/94

PEC
PEC

Matricule : 6096

Nom de l'adhérent(e) : TAHIRI JOUTI SAMYA

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

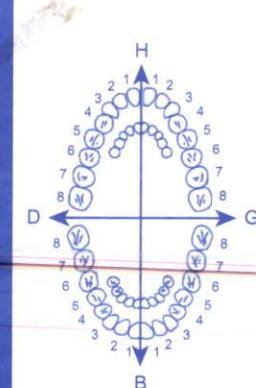
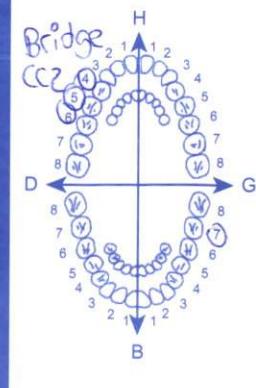
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|--------------------------------|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|-------------------|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | | G | | | 1600 + 180 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>- Demande d'accord</p> <p>pour bridge en zircone</p> <p>CCZ : 141516</p> <p>+ CCM pour la 37.</p> | | | | Montants des Soins | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 13 000,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 08.02.23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dental Studio
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr. Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt2, Volteuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 29

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chart No:

Nom: tahiri samya

Sexe:Femelle Age:60

2023-02-13 10:00



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-01-26

demande d'accord pour couronner la 37 ccm

Dental Studio
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appr2, Vallauni - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:admin
Coordonnées;

Chart No:

Nom: Chalak Ziad

Sexe: Mâle Age: 60

2023-02-13 11:54



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-02-13

demande d'accord pour bridge ccz pour remplacer la 15 (14 15 16)

Dental Studio

Dr. Barakat Samya

Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,

Appt2, Valfleur - Casablanca

Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant; admin

Coordonnées: