

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pecf@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 - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



197423

Déclaration de Maladie

W21-844227

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (s) | | | |
| Matricule : 197423 | | | |
| Société : RAM | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | | |
| <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| Nom & Prénom : TARI SANAA | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tel. 06621776928 Total des frais engagés : .Dhs | | | |
| Dr. Salma Mikou | | | |
| Cachet du médecin : Dr. Salma Mikou et nef de Labiha 20000 Casablanca | | | |
| Tél. 05 22 36 30 60 | | | |
| Date de consultation : 04/03/2024 | | | |
| Nom et prénom du malade : Tari Souca Age : | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Prothèse Dentaire | | | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : | | | |

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-844227

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

* 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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | Coefficient des Travaux | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | |
|  | | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | |
| O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | Coefficient des Travaux |
|  | | | | | D 25633412 00000000 00000000 00000000 00000000 00000000 G B | D 25633412 21433552 00000000 00000000 00000000 11433553 G B |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse | | | | | Montant des Honoraires | MONTANTS DES SOINS |
| Devis de CCC sur le 37/36 et 35 | | | | | 12.000 Dh | 12.000 Dh |
| <i>Dr. Salma Mikou</i> <i>Immeuble Almoula</i> <i>et rue de Libye N° 22, 1000 Casablanca</i> <i>Tel: 064 195 896</i> <i>Tel: 05 22 35 51 00</i> | | | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | | | 04/03/2012 |
| | | | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| AVIS DE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. Salma Mikou</i> <i>et rue de Libye N° 22, 1000 Casablanca</i> <i>Tel: 064 195 896</i> <i>Tel: 05 22 35 51 00</i> | | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Casablanca, le 04/03/2024



Devis d'honoraires

Patient : Mme TAZI SANAA (1006)

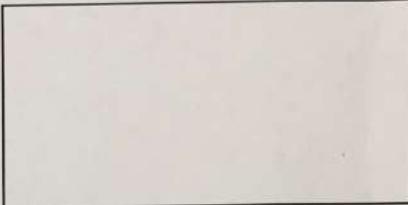
| Dent | Acte | Honoraire |
|--------------|--|------------------|
| 37 | Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC" | 4 000,00 |
| 36 | Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC" | 4 000,00 |
| 35 | Couronne céramo-céramique (in-céram) "CCC" | 4 000,00 |
| TOTAL | | 12 000,00 |

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

ORDONNANCE

01/03/24

- Je soussigne Dr. Mikou Salma avoir consulté
Mme Tazi Souaa pour refaire son bridge qui comporte
les dent suivantes 35/36 et 37. Son bridge est
mobile ne présente aucun stabilité au branche et
détérioré. Du le besoin de refaire.

Dr. Salma Mikou
Imme Romanée à angle Bd Bir Anzarane
et rue de Libye N° 24, 2ème Etg Casablanca
INPE 044199896
Tél. 05 22 36 30 60