

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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 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 M23-000002

Maladie

Dentaire

Optique 185220 Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12760 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAIFI SANIA

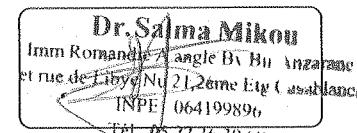
Date de naissance :

Adresse : RAM

Tél. : 0662276928 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : 25/01/2014

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- 000002

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 :

Dr. Salma MIKOU
Dental Center

Devis d'honoraires

Patient : Mme TAZI SANAA (1006)

Dent	Acte	Honorair
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

Dr. Salma MIKOU Immeuble Romandie A angle Bv Bir Anzarene et rue de Libye N° 21, 2ème étage Casablanca INPE : 064199896 Tél : 0522363060
--

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 Anzarene et rue de Libye. Numéro 21, 2ème étage. Casablanca. Tél. : 0522363060
ICE : 003245485000056 Patente N° : 34751605 INPE : 064199896

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

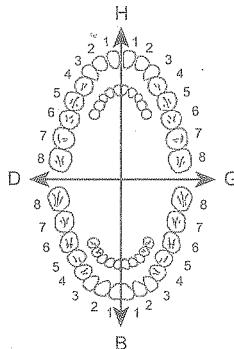
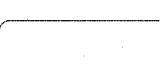
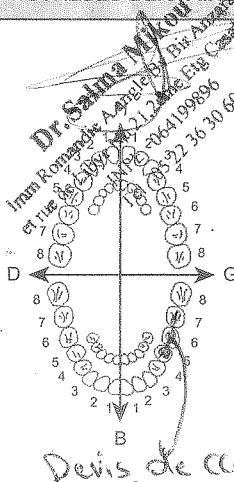
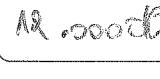
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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 <i>Dr. Salim 2 Miloune Imm Romandie A angle By BIA Alzazane et rue de Libye Nu 21,22,23,24 Ete Casablanca Tél 0522 36 30 60</i> 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1531 937 1776 1102"><tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D x 3</i> 
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <i>M. 000 dh</i> 												
		<i>Devis de CCC</i> <i>Sur le 36/35 et</i> <i>37</i>		DATE DU DEVIS <i>05/02/2013</i> 												
				DATE DE L'EXECUTION 												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Imm Romandie A angle By BIA Alzazane et rue de Libye Nu 21,22,23,24 Ete Casablanca</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																