

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-844513

197423

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : PAM

Matricule : 12760 Société : PAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI Samaa

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662776928 Total des frais engagés : Dhs

P44R05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. Salma Mijou

Cachet du médecin : mm Romane Angèle Dr Bir Anzarane
et rue de Libye No 31ème Etg Casablanca
INPE : 05 22 30 60

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : TAZI SANAA Age :

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 : Le : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-844513

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

RELEVÉ 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	Montant des Honoraires
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25633412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 39533411 11433553 B			D _{200x3}
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
	Devis de CCI			DATE DU DEVIS
	sur le 37/36			06/03/24
	et 35			DATE DE L'EXÉCUTION
	Dr. Salma Mikgu			
	Imm. Romandie Angle By Bir Anzarane			
	et rue de Libye N°21, 3ème Etg Casablanca			
	INPE 106419896			
	Tel. 06 27 36 30 60			
Devis de CCI sur le 35/36/37				
Dr. Salma Mikgu Imm. Romandie Angle By Bir Anzarane et rue de Libye N°21, 3ème Etg Casablanca INPE 106419896 Tel. 06 27 36 30 60				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

Dr. Salma Mikou

Imm Romandie A angle Bv Bir Anzarani
et rue de Libye Nu 21, 2ème Etg Casablanca.

INPE 064199896

Tél 05 22 36 30 60

- Je soussigné Dr. Mikou Salma avoir consulté
Mme Tazi Soua pour refaire son bridge qui comporte
les dent suivantes 35/36 et 37. Son bridge est
mobile ne présentent aucun stabilité en bouche et
détaché. Du le besoin de le refaire.

Dr. Salma Mikou

Imm Romandie A angle Bv Bir Anzarani
et rue de Libye Nu 21, 2ème Etg Casablanca.

INPE 064199896

Tél 05 22 36 30 60



Devis d'honoraires

Patient : Mme TAZI SANAA (1006)

Dent	Acte	Honoraire
37	Couronne céramo-métallique "CCM"	4 000,00
36	Couronne céramo-métallique "CCM"	4 000,00
35	Couronne céramo-métallique "CCM"	4 000,00
TOTAL		12 000,00

Somme arrêtée à : douze mille dirhams

Dr. Salma MIKOU Dental Center

Dr. Salma Mikou
Imm Romandie A angle Bv Bir Anzarane
et rue de Libye N° 21, 2ème Etg Casablanca
INPE 064199896
Tél 0522 36 30 60

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