

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042036

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07057

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Ex agent

Nom & Prénom :

AGUERNI NAIMA

Date de naissance :

09/01/1961

Adresse :

Bd Roudani Residence NAIMA
Immeuble Fappt 11 Casablanca

Tél. :

0661462677

Total des frais engagés :

28 000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dental Studio

Cachet du médecin :



Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Date de consultation :

20/03/24

Nom et prénom du malade :

Aguerni Naima

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

demande de prise en charge

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 : 21/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042036

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 :

07057

Nom de l'adhérent(e) :

AGUERNI NAIMA

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

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.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text" value="D800 x 8 = D1600"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<input type="text" value="28000 DH"/>														
	Demande d'accord pour zircone sur : 43 → 35		DATE DU DEVIS	<input type="text" value="20-03-24"/>														
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

Dental Studio
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Rue Bachir Laalaj, Res. Les Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Identifiant fiscal : 52452439
ICE : 003077658000030
INPE : 064196157

DENTAL STUDIO

DR. BARAKATE SAMYA



Devis MME AGUERNI NAIMA

<i>Nature du soin</i>	<i>TARIF</i>
- DEMANDE DE PRISE EN CHARGE 8 COURONNE ZIRCON D200 SUR LES DENTS SUIVANTES 43 42 41 31 32 33 34 35	3500DH PAR DENT

TOTAL 28 000DH

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Baehi Lalej, Rés. Les Iris,
App1 2 Valfleur - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-03-20 11:04

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-03-20

demande de prise en charge 8 dents : de la 43 a la 35

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Res. tes Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-03-20 11:03

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-03-20

demande de prise en charge 8 dents : de la 43 a la 35

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Baehir Laalej, Res. Les Iris,
Appt 2 Vaukouri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-03-20 11:04

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-03-20

demande de prise en charge 8 dents : de la 43 a la 35



Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées: