

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0033153

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 530 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MATIAR Mine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MATIAR Mine Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

18 SEP 2019

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 Nº P19-033153

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Date du devis Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412	21433552
		D	00000000	00000000
			00000000	00000000
			35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



W18-397479

DATE DE DEPOT

20/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 530

Nom & Prénom MATIAR MINA

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN Prénom du patient MATIAR MINA

Adhérent Conjoint Enfant Age :

Nature de la maladie Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
20 SEP 2019		

PHARMACIE Date :

Montant de la facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients

RV Panoramique
Zolc

Montant détaillé des Honoraires

Dr Fouad AHERRAKI

Chirurgien Dentiste

Clinique Dentaire La Colline

Adr. La Colline, California Casablanca

Tel. 05 22 78 70 56 / 05 22 78 44 47

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	



Esthétique dentaire
Implantologie
Parodontologie
Orthodontie
Pédodontie
Prothèse
Blanchiment
Soins
Laser
Radiologie
Scanner

Casablanca, Le 26/7/19.

MATIAR MINA

64,10

notices perdues

1. Aximycine (1g)
2cp/jr pdt 7jrs

2. Codoliprane
3cp/jr pdt 3 à 4 jrs

Dr Fouad AHERRAKI
Chirurgien Dentiste
Clinique Dentaire LA COLLINE
141, La Colline, Casablanca - Casablanca
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44



Esthétique dentaire
Implantologie
Parodontologie
Orthodontie
Pédodontie
Prothèse
Blanchiment
Soins
Laser
Radiologie
Scanner

Casablanca, Le

26/09/2019

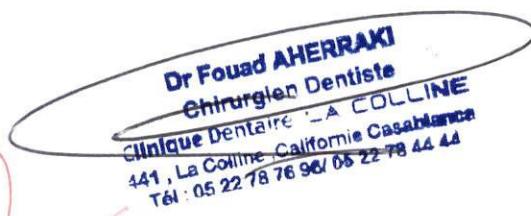
Note d'honoraires

MATIAR MINA

ACTES	Dent(s)	Montant
PANORAMIQUE		300
	TOTAL	300,00 DH



BPN Z16



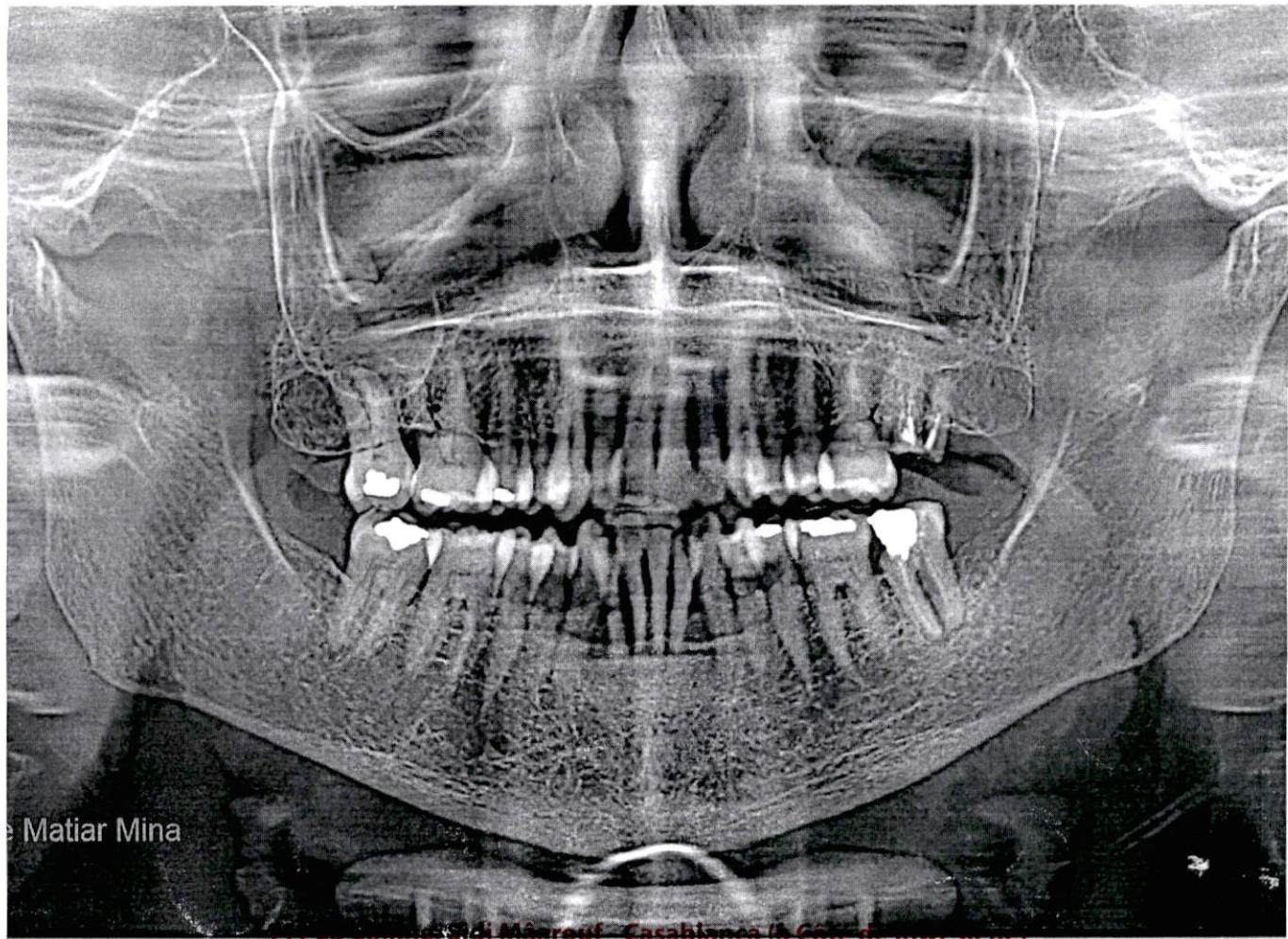
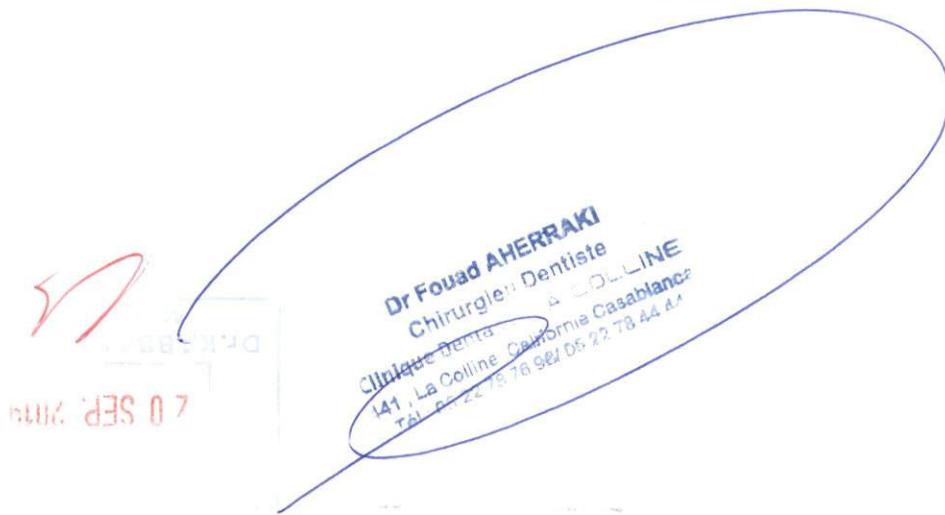
patente : 36167729 / Identification fiscal : 18779511 / N° d'Afiliation : 4816205 / N°ICE 001707986000021

CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE



Esthétique dentaire
Implantologie
Parodontologie
Orthodontie
Pédodontie
Prothèse
Blanchiment
Soins
Laser
Radiologie
Scanner

Casablanca, Le 26/7/19



Matiar Mina

Tél : 05 22 78 76 96/05 22 78 44 44 - E-mail : info@cdlc.ma - Site Web : www.cdlc.ma
 Clinique Dentaire La Colline