

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M22- 0020992

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8570

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HARAR SELOUA

Date de naissance :

03.08.60

Adresse :

12, Rue ISLY B - 8450 Quartier Rodeo

Tél. :

06 67313040

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.S.
Chirurgien Dentiste
11, Bd. Zerkouni Résidence
Tarfaya - Casablanca
Tél: 27.29.59 / 27.75.06

Date de consultation :

10/10/23

Nom et prénom du malade :

Arachdi Kenzo

Age :

6 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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 :

RAM

Le :

10/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

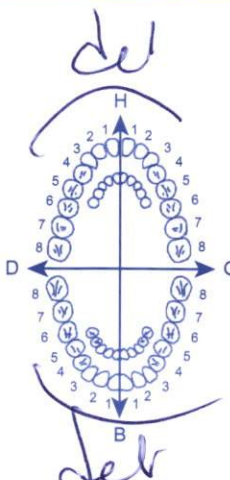
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

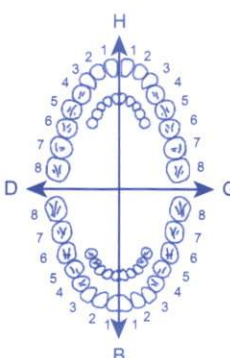
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
	Arrière des	D12		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">D12</div>	
	Avant des	D12			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">600</div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">31/12</div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<div style="margin-bottom: 10px;">H</div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	B									
		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>							
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.S.
 Chirurgien Dentiste
 11 - Résidence
 Casablanca
 Tel: 27.23.59 / 27.75.06

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DR ZEMMOURI MARRAKCHI
MERYAM SALOUA
CHIRURGIEN DENTISTE
11, BD ZERKTOUNI RESIDENCE TARFAYA
CASABLANCA
TEL : 0 522 27 29 59
PATENTE 36300310
CNSS 6015970
ICE 001939171000073
INP 094012465

Casablanca, le 31/7/20

NOTE D'HONORAIRES N°
DE MME/MLE/MR... *Accouché Kery*

La note d'honoraires s'élève à un montant de
.....*600*.....dhs
(.....*Six cent*.....*seulement*.....)
Correspondant aux soins suivants :

Det Anesth Dr
Det Anesth Dr

ZEMMOURI MARRAKCHI
Chirurgien Dentiste
11, Bd. Zerklouni Résidence
Tarfaya - Casablanca
Tél: 27 29 59 / 27 75 06