

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

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

W21-844513

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12760 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAZI Sanaa
Date de naissance : 197423
Adresse :
Tél. : 0662776928 Total des frais engagés : 12000, — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salma Mijon
mm Romane Angle By Bir Anzarane
et rue de Libye Nu 21ème Etg Casablanca
INPE 06099896
Tél 05 22 36 30 60
Cachet du médecin :
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.

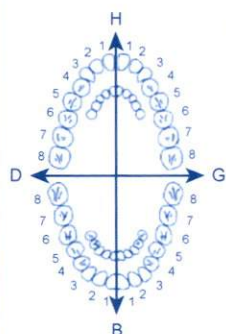
Fait à : Casablanca Le : 20/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

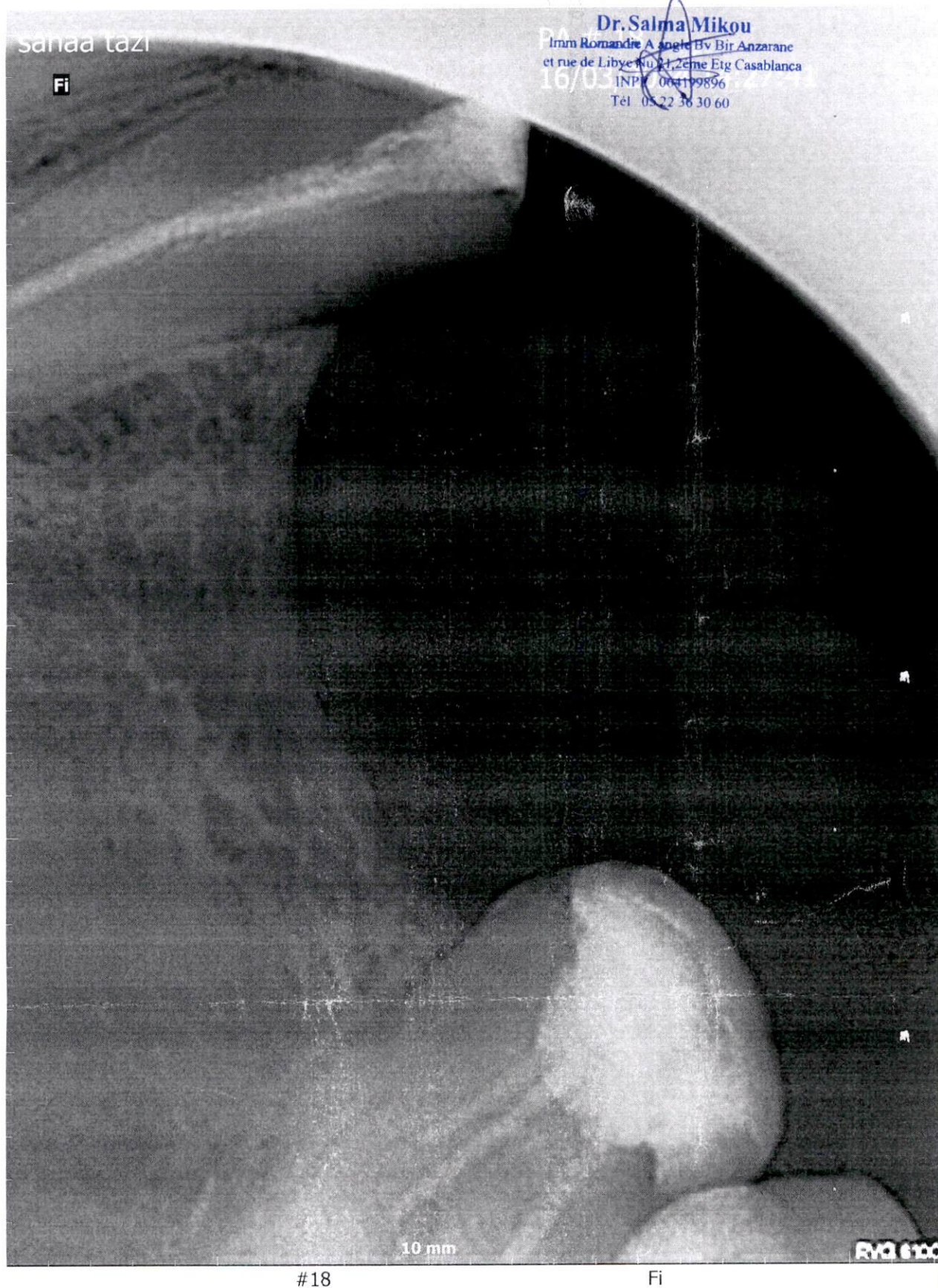
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

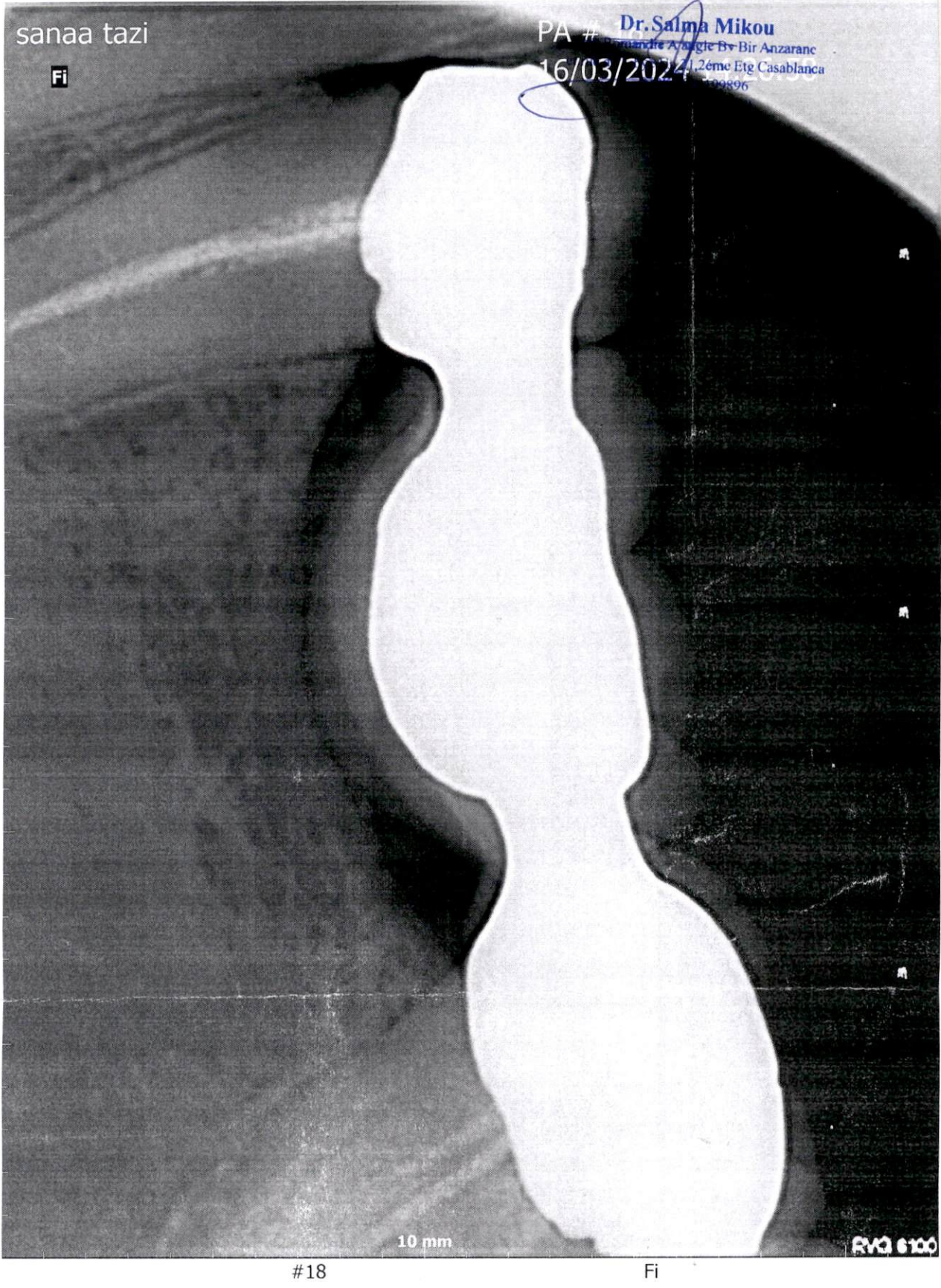
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Devis de CCT sur le 37/36 et 35 Dr. Salma Mikou Imm Romandie Wangle Bv Bir Anzarane et rue de Libye N° 21, 2ème Etg Casablanca INPE 064199896 Tél 05 22 36 30 60				MONTANTS DES SOINS 12000dh DATE DU DEVIS 06/03/21
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. Salma Mikou Imm Romandie Wangle Bv Bir Anzarane et rue de Libye N° 21, 2ème Etg Casablanca INPE 064199896 Tél 05 22 36 30 60					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. Salma Mikou Imm Romandie Wangle Bv Bir Anzarane et rue de Libye N° 21, 2ème Etg Casablanca INPE 064199896 Tél 05 22 36 30 60





Facture**Patient : Mme TAZI SANAA**

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

J'ai l'honneur de vous présenter les honoraires dûs jusqu'à ce jour, dont le montant : **12 000,00 DH**

Somme arrêtée à : douze mille dirhams

Cachet du médecin

Dr. Salma Mikou
Imm Romandie A angle Bv Bir Anzarane
et rue de Libye, 2ème Etg Casablanca
INPE : 064199896
Tél : 05 22 36 30 60

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

ELLE Dit payer, pas fin le
Remboursement _{avec} la facture +
L'auto Après

Dossier:

197423

Dossier externe:

PEC-12760-04/03/2024

Je de dossier:

DENTAIRE

Bénéficiaire:

TAZI SANAA

Situation:

En attente

Statut-situation:

Date de début:

04-03-2024

Date de fin:

Date de saisie:

04-03-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
08-03-2024	ACC D540 BCM 35 36 37 S/R RX APRES DR SALMA MIKOU

ORDONNANCE

Dr. Salma Mikou

Imm Romandie A angle Bv Bir Anzarane
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 Sanaa pour refaire son bridge qui comporte
les dent suivantes 35/36 et 37. Son bridge est
mobile ne présentent aucun stabilité en bouche et
détérioré. Du le besoin de le refaire.

Dr. Salma Mikou

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

INPE 064199896

Tél 05 22 36 30 60