

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

- 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.



Déclaration de Maladie

W21-844513

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule :	12760	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAZI Samaa			
Date de naissance : 197423			
Adresse :			
Tél. : 0662776928	Total des frais engagés : 12000,-	Dhs	

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p>	<p>Dr. Salma Mikou</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0; margin-bottom: 10px;"> mm Romane, Avenue Bir Anzarane et rue de Libye Mu 21, 2ème Etg Casablanca INPE 06499896 Tel: 06 22 36 30 60 </div> <p>Date de consultation : 06/03/2024</p> <p>Nom et prénom du malade : TARI SANAA Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Prothèse Dentaire</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : 20 MAR. 2024</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
--	--

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 : Assalouan
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/03/2024

RELEVE 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

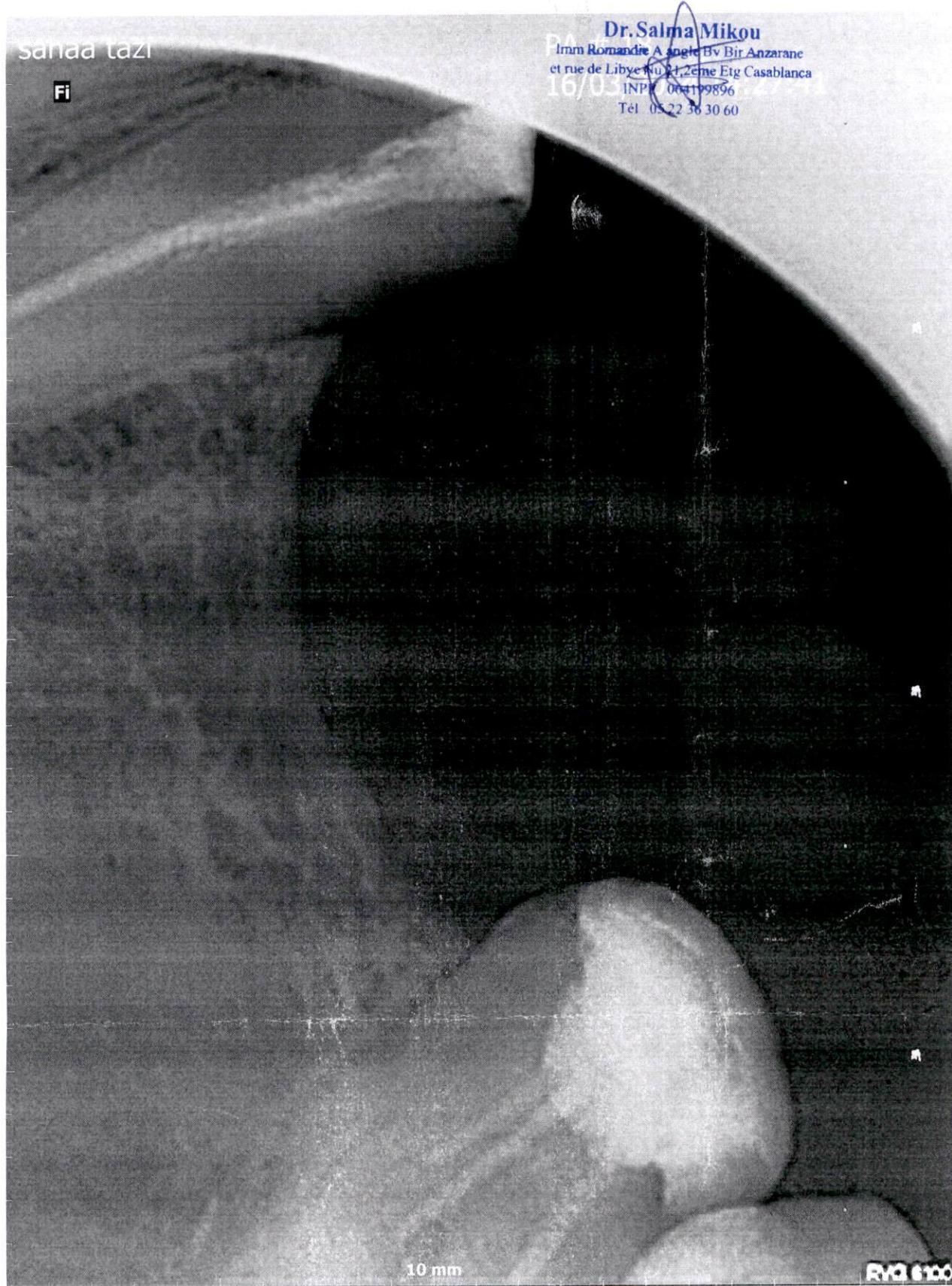
Dr. Salma Mikou
VISA ET CACHE DU PATRIMONIUM AVANT LE DEVIS
Imm. Romandie A angle Bd Bir Zarzane
et rue de Libye N° 21 2^e étg Casablanca
INPE : 064/199896
Tél : 05 22 36 30 60

VISA ET CACHET DU FRANÇAIS ALLESTANT LA EXCEUTION
Imm Romaine A angle AVANTAGE et Rue de Libre 21 2eme Etg Casablanca
TINIE 064199896
TENUS 22 36 30 60

MONTANTS
DES SOINS

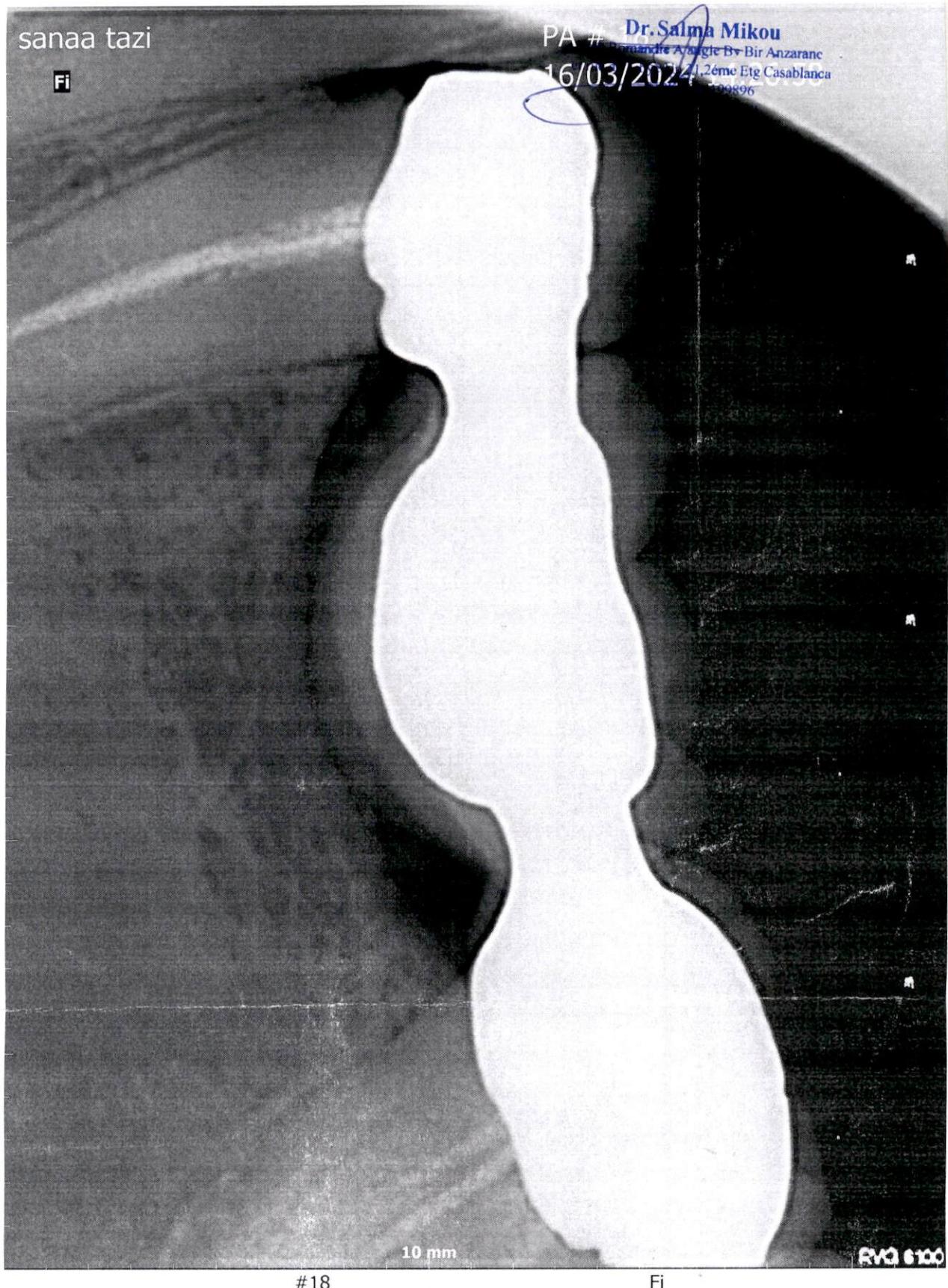
DATE DU
DEVIS

Imm. Room 103



#18

Fi





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
 Immeuble Romandie A angle Bv Bir Anzarane
 et rue de Libye, au 21 ème Etg Casablanca
 INPE : 064199896
 Tel : 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

BELLE Dit payer, plus pour le
Zébousent le facture +
avec
Radio Apés

Dossier: 197423 

Dossier externe: PEC-12760-04/03/2024

Type de dossier: DENTAIRE 

Néficiaire: TAZI SANAA

Situation: En attente 

Mot-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 Bd Bir Anzaran
et rue de Libye Nu 2, 2^{ème} Etg Casablanca

INPE 064199896

Tél 05 22 36 30 60

06/03/24

- Je soussigné Dr. Mikou Salma avoir consulté
Mme Tazi Souaa pour refaire son bridge qui comporte
les dents suivantes 35/36 et 37. Son bridge est
mobile ne présente aucun stabilité en branche et
détachable. Du le besoin de refaire.

Dr. Salma Mikou

Imm Romandie A angle Bd Bir Anzaran
et rue de Libye Nu 2, 2^{ème} Etg Casablanca

INPE 064199896

Tel 05 22 36 30 60