

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0042020

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 07057

Société : PEC Dent

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGNEAUI Naima

Date de naissance : 09/01/1965

Adresse : Résidence NADIA 2 MF appart 11 Bd Roudani

Tél. : 0661 462627 Total des frais engagés : 28.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Dental Studio

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : Agneaui 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 : 14/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042020

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) : Agneaui Naima

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 22/02/2024

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

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.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Devis pour couronne en zirconium sur le jet: 35 34 33 39 31 6148 43</p> <p>Dental Studio</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX $D200 \times 8$ $= D160$																
		MONTANTS DES SOINS 28 000 D																
		DATE DU DEVIS 16/02/24																
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DE L'ASSURANCE ASSISTANT MEDICAL
Dr Bachir SAMY
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleur - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DENTAL STUDIO

DR. BARAKATE SAMYA



DEVIS MME AGUERNI NAIMA

Identifiant fiscal : 52452439

ICE : 003077658000030

INPE : 064196157

Nature du soin	TARIF
- COURONNES EN CERAMIQUE ZIRCONE SUR LA 35 34 33 32 31 41 42 43	28 000DH

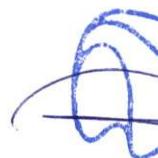

Dental Studio
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Rés. les Iris,
Appt 2 Valfleur - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT



Nom de la clinique:

Médecin traitant:admin

Adresse:

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm^2 Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT


Dental Studio
Dr. Barakete Samye
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appl 2 Volfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:admin
Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV]

2 [mA]

0mGy*cm²

Sensor

2024-02-14

RADIO AVANT



Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:admin
Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV] 2 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

Dental Studio
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Frejai, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valtleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:admin
Coordonnées: