

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

Maladie

Dentaire

Optique

pec

Autres

Matricule : 7057

Société :

Autre : Ex agent

Nom & Prénom : AGNERME NAIMA

Date de naissance : 09/01/1965

Adresse : Résidence NADIA 1^{er} étage appart. 11

3rd Bd Roudani

Tél. : 0661462677 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Dental Studio

Dr. Barakate Samya

Rue Bachir Laalej, Rés. des Iris,

Appt 2 Valfleur - Casablanca

Tél : 06 00 61 22 99

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : Naima Aguerri 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 :

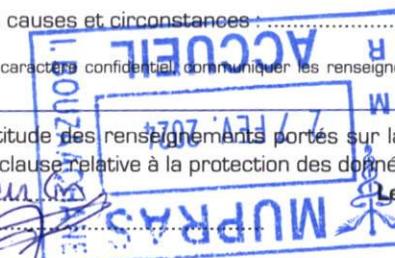
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 27/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0042021

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 : 7057

Nom de l'adhérent(e) Aguerri

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 27/02/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Proposition :
Reprise bridge
inadaptée
en CCZ

Dental Studio
Dr. Berakate Samya
VISA ET CACHET DU PHARMACIEN ATTESTANT LE DEVIS
Rue Bachir Laalej, Res. Les Iris,
Appt 2 Vatlleur - 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

<i>Nature du soin</i>	TARIF
- BRIDGE EN CERAMIQUE ZIRCONE DE 44 45 46	10 000DH

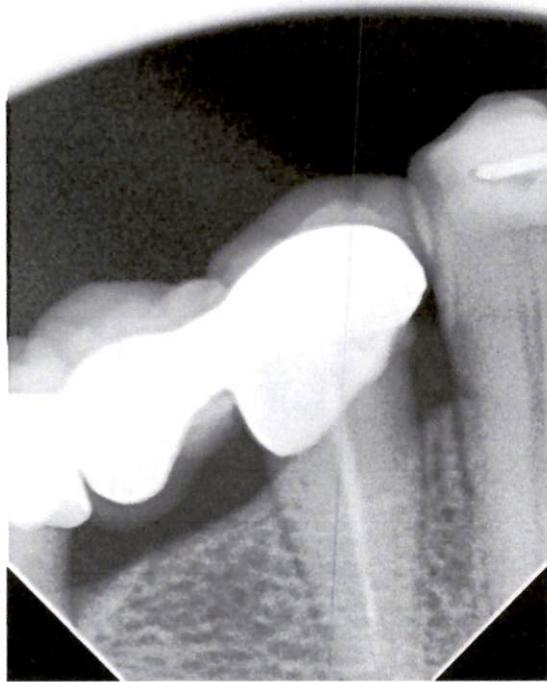

Dental Studio
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
App. 2 Vatteuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Chart No:

Nom:naima aguerni

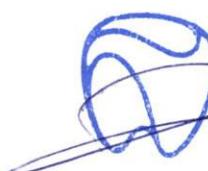
2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



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

RADIO AVANT

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

Nom de la clinique:
Adresse:

Médecin traitant:admin
Coordonnées: