

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-821742

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 110 85

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHALDI BOUCHRA

Date de naissance : 27/08/1985

Adresse : 277 BD DERFOUFI OUJDA

Tél. : 06 16 10 67 27

Total des frais engagés : 1000

Cadre réservé au Médecin

Dr. Driss BELYAZID
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté auprès de la Cour d'Appel
16, rue Mokhtar - 24 Etagé - Appt. 5
Tél.: 06.60.07.60 - OUJDA

Date de consultation : 12/08/2023

Nom et prénom du malade : Chalди Бouchra

Age: 38

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Gingivite

Enfar

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

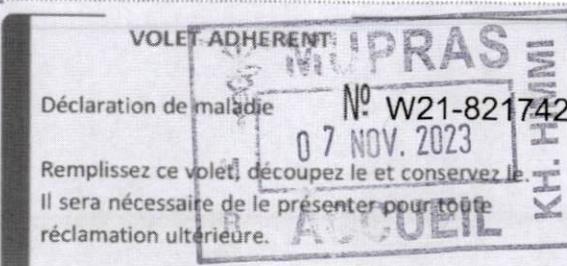
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : OUJDA

Le : 12/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Matricule : 110 85

Nom de l'adhérent(e) : CHALDI BOUCHRA

Total des frais engagés : 1000

Autorisation CNDP N° : A-A-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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0840834023
	H4B	Dentaire	20	024
				043001
				12/08/73
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B	G		
[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE
DR. D. B. BELYAZID
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté auprès de la Cour
16, rue Molé - 75008 Paris - Accrédit. - 28/11
Tél. 01 43 55 07 60

Docteur Driss BELYAZID

Chirurgien-Dentiste

Diplôme d'Université d'Implantologie orale et Maxillo-faciale

Université Paris XII



Diplôme d'Université d'Esthétique du Sourire

Université Louis Pasteur de Strasbourg

Diplôme d'Université de Sédation Consciente

Université Louis Pasteur de Strasbourg

Diplôme d'Université de Chirurgie Buccale et Parodontie

Université de Bourgogne de Dijon

Expert assermenté près des tribunaux d'Oujda

Oujda le : 12/08/2023

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : CHALOU BOUCHRA

Prestation : Détartrage (H+B)

Honoraires : MAD300,00

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de :

TROIS CENT DIRHAMS

Mode de règlement : ESPECE

Signature :

Dr Driss BELYAZID

16, rue Mokhtar Jazoulit – Oujda – Tel : +212 536 680 760 – Fax : +212 536 712 970
Patente n° 10100248 – CNSS : 221011