

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-821742

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11085 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHALSI BOUCHRA

Date de naissance : 27/08/1985

Adresse : 277 BD DERFOUFI OUSDA

Tél : 0616106727 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Driss BELYAZID
Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté auprès de la Cour d'Appel
16, rue Mokri - 24 Etage - Appt. 5
Tél : 0600.07.60 - OUSDA

Date de consultation : 12/08/2023

Nom et prénom du malade : Chalsi Bouchra

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Gingivite

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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 : OUSDA Le : 12/08/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

MUPRAS

Déclaration de maladie N° W21-821742

07 NOV. 2023

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : 3031

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d'

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : 084023423

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Chirurgien Dentiste
Expert Assermenté auprès de la Cour
16, rue Mok... - 2^e Et...
Tel: 06 98 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 : CHALQI 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: 0536 68 07 60 - Fax: 0536 71 29 70
BELYAZID
Dentiste
Oujda

16, rue Mokhtar Jazoulit – Oujda – Tel : +212 536 680 760 – Fax : +212 536 712 970

Patente n° 10100248 – CNSS : 221011