

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
FAIRE DES DÉCLARATIONS ET EVITER LES REJETS

Informations 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

- 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.

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

201725

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1774

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZAKOUR WAFA

Date de naissance : 04/03/1956

Adresse : Résidence Garden Loft 10414 APP.10
Dar Bouazza - Casablanca

Tél. : 0661374583 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin **CENTRE DENTAIRE LEMDEBED**
DT LEMDEBED Maroc

INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/3/24

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Parodontite

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HORS-COUT

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Ansari, 10ème étage
Dar Bourazza - Casablanca

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	H	Débrouillage Haut et bas	D ₂₄	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	Connexion	D ₅	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				22/3/29
				FIN D'EXECUTION
				25/3/29
0.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

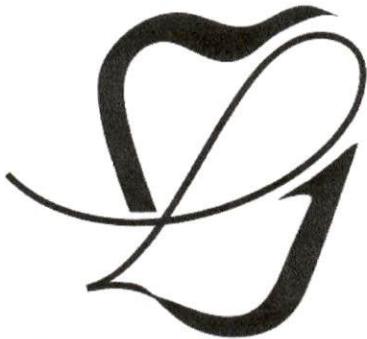
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr. LEMDEBED Maroine
VISA ET PACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
INPE: 064200181
ICE: 00336002000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca



CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
CHIRURGIE & ESTHÉTIQUE DENTAIRE

DR.LEMDEBED MAROUANE
Chirurgien Dentiste

Mme BENZAKOUR wafa

Le : 22/03/2024

Payé à ce jour la somme de : 600

Arrêté le montant du reçu à la somme de

Six cent Dh

Mode de règlement : Espèce

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maroine
INPE: 064200181
ICE: 002300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca