

ANTES A LIRE POUR URSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 062165

201725

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1774 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAKOUR WAFIA

Date de naissance : 04/03/1956

Adresse : Résidence Garden Loft TAYLOR APP 10

Dar Bouazza Casablanca

Tél. : 0661374583 Total des frais engagés : 600 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
DR LEMDEBED Marouine
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 ☐ Enfant

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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

RELEVÉ 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

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
	11	Débondage Haut et bas	D24	<p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <p>D24 + D5</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>600,00 DH</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>22/3/24</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>25/3/24</p>																								
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
	11																											
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			<p>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
B																												
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DENTAIRE LEMDEB

Dr LEMDEB/D. Maroigne

INPE: 064200181

ICE: 003300902000022

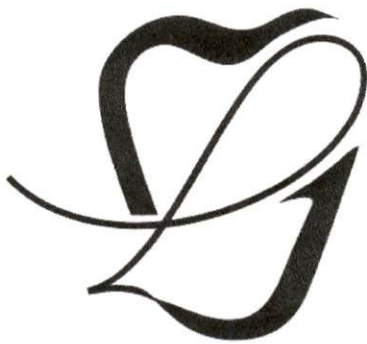
117, Lot Al Ansari, 1er Etage

Dar Bouazza - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr. LEMDEBED Maroine
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Anzari, 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 reglement : Espèce

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maroïne
INPE: 064200181
ICE: 007300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca