

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 |

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.

N° W 19 46 17 43

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	19 658	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ZE KRI Hicham	
Date de naissance :		19/07/1988	
Adresse :		Bouskoura Golf City Villa 409	
Tél. :	06 19 50 52 27	Total des frais engagés :	134,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Dr BERRADA. Meounine Chirurgien Dentiste 122, Bd d'Anfa Casablanca Tél : 0522 26 80 11 / 7 00 68 drberrada@gmail.com	
Date de consultation :	23/09/19
Nom et prénom du malade :	ZE KRI HICHAM
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Scars Dentaires
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 **DR BERRADA. Meounine** protection des données personnelles.
 Fait à : **Casablanca** le : **23/09/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : **Dr BERRADA. Meounine**
 Chirurgien Dentiste
 122, Bd d'Anfa Casablanca
 Tél : 0522 26 80 11 / 7 00 68
 drberrada@gmail.com

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 : <input type="text"/>

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0194608251
	H D G B	1 6 obturatio cooperit	16	COEFFICIENT DES TRAVAUX J 30
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>Dr BERRADA Chirurgien Dentiste 122, Bd d'Anta Cassegran Tél : 0522 26180 41 22 00 63 drberrada@yahoo.fr</p>			DEBUT D'EXÉCUTION 62/09/19 FIN D'EXÉCUTION 23/09/19
	H D G B	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</p>				

Docteur Mouhsine BERRADA

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain
Post Graduate New York University

Date: 23/09/2019

122, Bd d'Anfa Casablanca

tel : 0522 26 80 11

0522 27 00 68

0672 400 405

drberrada@gmail.com

Mr/Mme : zekri hicham

50,00

KIN BAIN DE BOUCHE



84,80

BREXIN 20mg 1 comprimé / jour



Total: 134,80

Dr BERRADA Mouhsine
Chirurgien Dentiste
122, Bd d'Anfa Casablanca
Tel: 0522 26 80 11 / 27 00 68
drberrada@gmail.com

الطباطبى الخضراء
PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. AZENNAR
Ville Verte, Casablanca, Maroc
Téléphone: 0522 26 80 11 / 27 00 68