

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19- 0025228

Handwritten signature/initials

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

6217

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2292* Société : *NAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *ABOULKABILA Abdellah*
 Date de naissance : *12/12/57*
 Adresse : *5, la colline I aide Benrouf oua*
 Tél : *0661332550* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. El Hassan BERRADA**

Médecin Dentiste
 Ex Attaché au C.C.T.D
 C.H. Ibn Rochd Casa
 Bd. El Hank Rue Ragnague (Ex. Diderot)
 Angle Rue la Bruyère Résid. Ghita 1er Etage
 N° 2 Bourgogne - Casablanca
 Tél: 05 22 20 69 52 / 47 37 16

Cachet du médecin :
 Date de consultation : *22/10/2019*
 Nom et prénom du malade : *ABOULKABILA ABDALLAH* Age : *12/12/57*
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Sins Dentaire*
 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 : *Casa* **ACQUEIL** le : *22/10/19*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

2

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : 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.

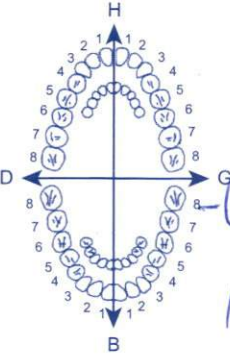
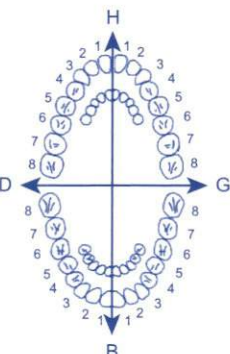
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
	3 8	Général D ₁₅		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>15</sub>"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4500,00\$"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="22/10/19"/>																								
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. El Hassan BERRADA
Médecin Dentiste
 Ex Attaché au C.C.A.T.
 C.P. Ibn Rochd Casa
 Bd. El Hank Rue Regraguè (Ex. Diderot)
 Angle Rue la Bruyère - Rés. Ghila 1er Etage
 N° 2 Bourgogne - Casablanca
 Tél.: 05 22 26 69 52 / 47 37 16

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. EL HASSAN BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE

Ex Attaché Au C.C.T.D
C.H. Ibn Rochd Casa



الدكتور الحسن برادة
طبيب جراحي للأسنان

ملاحق سابقا بمركز فحص و علاج
للأسنان بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, Le

20/10/19

Note d'honoraires **Aboukassik Abdallah**

Confite pour la 38 Dis
#500,00#

Dr. El Hassan BERRADA

Médecin Dentiste

Ex Attaché au C.C.T.D

C.H. Ibn Rochd Casa

Bd. El Hank Rue Regragua (Ex: Diderot)

Angle Rue la Bruyère Résid. Ghita 1er Etage

N° 2 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 20 69 52 / 47 37 16

Identifiant Fiscal : 40108574
Taxe Professionnelle : 35404014
ICE : 001700797000027
CNSS : 6007365

Soins ■ Parodontologie ■ Prothèse ■ O.D.F ■ Blanchiment

Bd. El hank Rue Regragua (Ex Diderot) Angle Rue la Bruyère Résid Ghita, 1er étage N 2 - Bourgogne - Casablanca

- Tél : (0522) 20 69 52 / 47 37 16 - E-mail : dr.berradelhassan@gmail.com