

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-481274

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11762 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERCHID Youssef

Date de naissance : 16/11/74

Adresse :

Tél. : +974 5061 8253 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

CHIRURGIEN DENTISTE - Enfants et Adultes
DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2
235, Rés. Anfal Imm. 18 Beausejour Casablanca
Tél: 0522 95 01 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2019

Nom et prénom du malade : BERCHID Ziad Age :

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

Nature de la maladie : Sans 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 Le : 31/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 096170578														
		61	obstruction coronaire	(500198) D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D1082 = D20														
		84	obstruction coronaire	(500198) D10	MONTANTS DES SOINS 100900														
					DEBUT D'EXECUTION 28/10/19														
					FIN D'EXECUTION 28/10/19														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Leila MORCHID
CHIRURGIEN DENTISTE - Enfants et Adultes
UNIVERSITÉ DE L'UNION MEDITERRANEE DE BORDEAUX 2
103 Bd de la Liberté - 33000 Bordeaux - Casablanca
Tél : 0522 95 01 01

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Leila MORCHID
CHIRURGIEN D'ENFANTS, Enfants et Adultes
DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2
235, Rte. Anfaj Imm. 63 Beaudy, Casablanca
Tél: 0522 95 01 01

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

	Date
NOTE D'HONORAIRES	28/10/2019

PRESTATAIRE	Cabinet Dentaire Spécialisé Docteur Leila MORCHID
--------------------	--

PRESCRIPTION	<input checked="" type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES
	<input type="checkbox"/> PROTHESES DENTAIRES

BENEFICIAIRE :

Nom : ... **BERCHID**
 Prénom : **Ziad**

Dent	Acte	Honoraires
	obscuration coronaire	500,00 dhs
	obscuration coronaire	500,00 dhs
TOTAL		1000,00 dhs

Arrêté la présente note à la somme de : **Mille dirhams**

Dr. Leila MORCHID
 CHIRURGIEN DENTISTE Enfants et Adultes
 DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2
 235 Rés. Anfal Im. B3 Beauséjour Casablanca
 Tél: 0522 95 01 01

235, Résidence Al Anfal - Immeuble B3 - N° 51 - Bd Yacoub El Mansour
 Rue Annisrine - Beauséjour - CASABLANCA 20200 - Tél : 0522 95 01 01

Patente : 34879226 - I.F : 18733623 - ICE : 001555205000086

INPE : 094170578 - CNSS : 4660222