

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 : 11111111
				179892

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

prise en charge

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 11111111

*INP
094 010915*

COEFFICIENT DES TRAVAUX

130 + 426

MONTANTS DES SOINS

1600,00

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

5380 + 53180 +

D 12 + 20 + 23 + 240

23500,00

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

23-10-23

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

F7/12-11-21-22-

23 + Bridge 5cett

12 → 23

stabilisat

17-16-15-14-13-24

25-26-27 avec

attachement

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. BENFEDDOU Samir
Chirurgien Dentiste
Emery Mery Cabinet Dentaire
Tél. 05 23 30 55 55
Plan n° 5 - Casablanca
Patiente : 34399522
Email : merycabinetdentaire@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-823846

Prise en charge

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1994

Société :

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENFEDDOUL Samir

Date de naissance :

03.06.1954

Adresse :

19 rue Baalabak étage 2 N°6

Tél. :

06 33 30 33 63

Total des frais engagés :

25 100,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENFEDDOUL Samir
Chirurgien Dentiste

127, Av. Meis Sultan N° 5 - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 54 - Patente : 34399522
Email : merycabinetdentaire@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BENFEDDOUL Samir

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 1/1/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-823846

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

WISS DENTAL RADIOLOGY

meuble CAF OFFICE, Angle Avenue Omar El Khayam et Bd Abderrahim Bouabid
auséjour - Casablanca

BENKADMIR MOSTAPHA

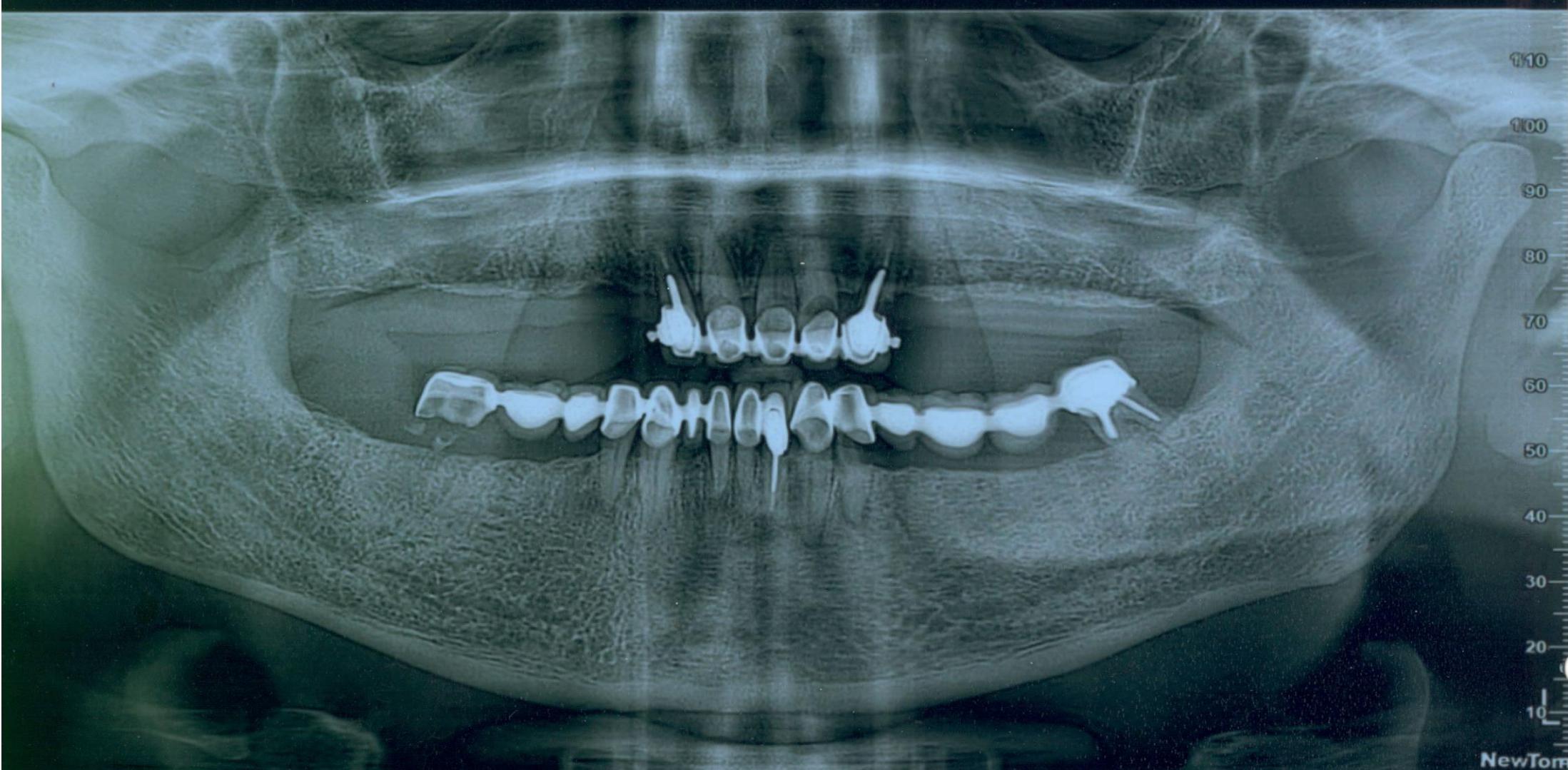
Date de naissance : 03 / 06 / 1954

Gendre : Homme

Dose : 73 KV 8 mA 48.67 mGy*cm²

Date de l'examen : 09 / 10 / 2023

Motif clichet :



NewTorr