

ELBAHJAOUY YEZZA

Matricule : 2593.

Le 27/02/2023

142230

A Monsieur le directeur
de la "MUPAAS".

Objet : Annulation de la prise en charge de "SAHIR
ENNEDDAH".

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous demander, de bien
vouloir procéder à l'annulation de la prise en charge
de SAHIR ENNEDDAH, relative aux soins
dentaires du dentiste "ZOUBIR BASSIRI".

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes sincères
salutations.

ELBAHJAOUY YEZZA



Le 27 janvier 2023

DR. BASSIRI ZOUBIR.
RUE H N 113 1ER ETAGE HAY EL QODS BERNOUSSI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 02593_1962/01/01_YEZZA
N/REF : 20230270019759
Adhérent : ENNEDDAM YEZZA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SAMIR ENNEDDAM.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 8370.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 930.00 MAD

Validité de prise en charge : du 27-01-2023 au 27-04-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à SAMIR ENNEDDAM.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



N° Dossier: 142230
N° Dossier externe: PEC-02593-23/12/2022
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: ENNEDDAM SAMIR
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 23-12-2022
Date de fin:
Date de saisie: 23-12-2022
Événement:

Prothèse de combat

Commentaires pour l'édition

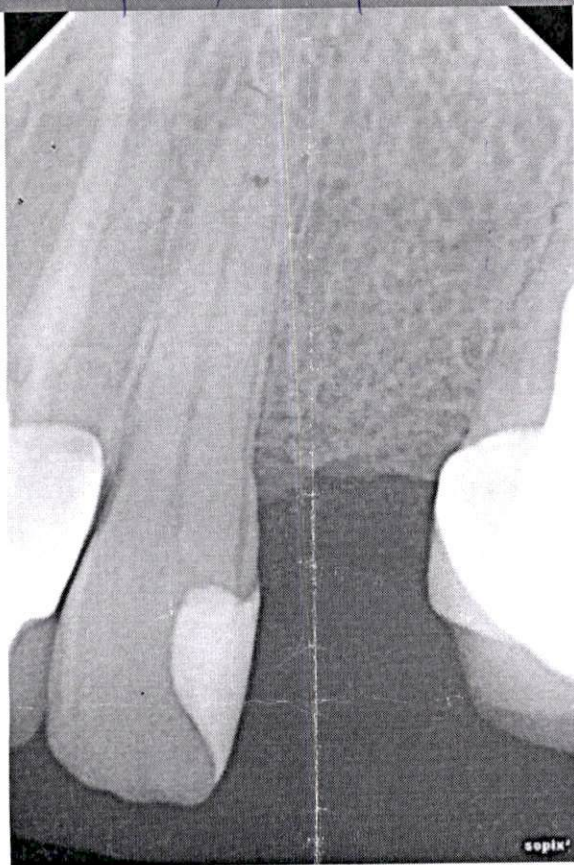
Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
26-12-2022	Manuel	ACC D68 +D380 BIO+ANCRAGE 33 ET BIO+OBT 34 ET CCM 33 +PAP 23 ET S

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Berneoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

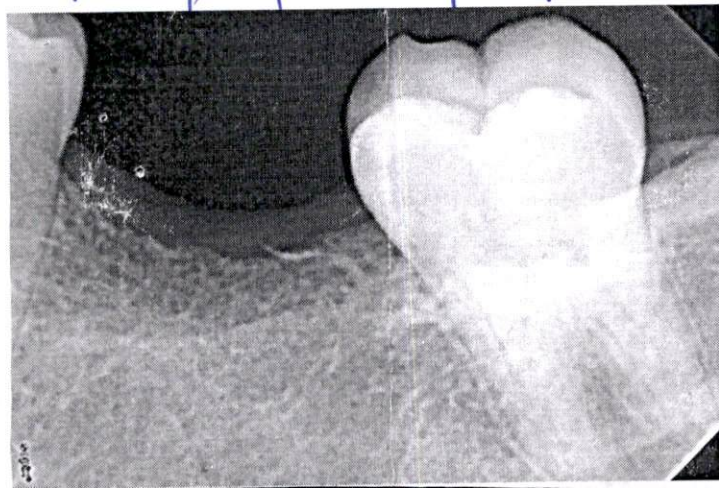
- Rx pré-opératoire / 23



- Rx pré-opératoire / 33-34



- Rx pré-prothétique / 36-37 Absentes.



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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016628

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2593

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Residence AL MANSOURIA T.M. B3
N°2 BERNOUSTI CASABLANCA

Tél. : 0669 079650

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/22

Nom et prénom du malade : ENNADAM SAMIR

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins + prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nablouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0016628

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

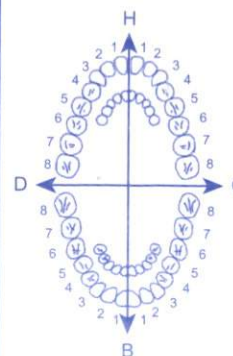
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



34 TR + obt D30
(4 Facs - M.O.V.L)
33 TR + obt avec
Ancrage D43
Radiculaire
3 Rx numériques 2(6x3)

COEFFICIENT DES TRAVAUX 218 + D73

MONTANTS DES SOINS 2000,00

DEBUT D'EXECUTION 23/12/22

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX D380

MONTANTS DES SOINS 7.600,00

DATE DU DEVIS 23/12/22

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

* CCM/33 = D480
* PAP/23 = D40
* Stellite 2 éléments
remplacement : 36-37 = D160

VOLET ADHERENT

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

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Bab el Oued N° 113, 1er Etage
Algérie 0522 73 00 01 Casablanca

LE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION