

EL BAHJAOUY YEZZA

Le 27/02/2023

Matricule : 2593.

142230

A Monsieur le directeur
de la "MUPAS".

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

Monsieur,

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

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

EL BAHJAOUY 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: 

Problème de contact

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 - Bernoussi
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 canalaire, 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 canalaire.

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 : Veau

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Résidence AL YANSOURIA 1YM B3

N°2 BERNOUSSI CASABLANCA

Tél. : 0669 579650 Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ENNADAM SAMIR

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sains + 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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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	
	34	TR + obt (4 Faes - M. O. - V. C)	D30	COEFFICIENT DES TRAVAUX $218 + D_{73}$
	33	TR + obt avec Anchorage Positionnaire	D43	MONTANTS DES SOINS $2000,00$
	3 Rx numériques			DEBUT D'EXECUTION $23/12/22$
				FIN D'EXECUTION \square
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX D_{380}
D	G	B		MONTANTS DES SOINS $7.600,00$
				DATE DU DEVIS $23/12/22$
				DATE DE L'EXECUTION \square
<i>Dr Zoubir BASSIRI</i> Dentiste 113, 1er Etage Boumoussi Casablanca	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>CCM / 33 = D180</p> <p>PAP / 23 = D40</p> <p>Stellit 2 éléments remplacant : 36 - 37 = D160</p>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION