

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Dentaire REM
N° W19-491976

Dos n° 102621

CD

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4505

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAÏTH JAMAAL

Date de naissance :

27/02/1963

Adresse :

105 OCEAN DARBONAZZA

Télé. :

0522 20 45 45

Total des frais engagés : 600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med
93, Bd Massira Al Khadra
Résidence Sorour - 3ème étage
Casablanca

Date de consultation :

26/11/2019

Nom et prénom du malade :

Darman

le 26 Nov. 2019

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Detachage Bi maxillaire

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 : 26/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

J. G.

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 : [REDACTED]

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	

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.

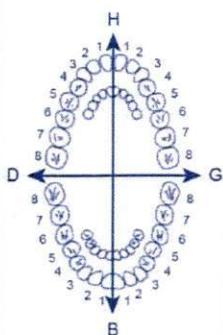
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 091600119061
[REDACTED]	[REDACTED]	Dentostag D12	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX D12 > + <
[REDACTED]	[REDACTED]	Binegillvario D12	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS 600,-
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION 26-11-19.
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

93, Bd Massira Al Khadra
Résidence Sorour - 3ème étage
Casablanca

Docteur Mohamed BENCHEKROUN
Chirurgien dentiste
Esthétique dentaire & Implantologie Orale
Chirurgie Buccale et Endodontique
Postgraduate à New York University College of
Dentistry
Lauréat des facultés de Genève et Lyon
Ex enseignant à la F.M.D.C
93, Bd Massira Al Khadra 3^e étage
Maarif
20100 Casablanca
Tel : 0522 25 91 47
Fax : 0522 25 91 77
Email : dentiste.ben@gmail.com

Casablanca, 26.11.2019

MME DARMAN
LIDIANA

FACTURE : N°72/19

Date	Acte	Prix
26.11.2019	Détartrage Bi- maxillaire	600,00dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENT DIRHAMS.

Total **600,00DH**

Cabinet Dr. BENCHEKROUN Med
93, Bd Massira Al Khadra
Résidence Sorour - 3^e étage
Casablanca

CNSS : 6427779 – Patente : 35741728 – I.F. 43900881 ICE 001646352000007