

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7020*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BATASSA

Date de naissance :

DEC 1983

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Ed. Naboula N° 113, 6^e Etage
Hay Al Qods - Casablanca
0522 73 87 87*

Date de consultation :

28/11/23

Nom et prénom du malade :

BATASSA HIBAT AL KHALI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sains

+ 1st Plan Dentar

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, accompagner 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 :

LOU

Le :

21/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

*I. BOUZACHANE
R ACCUEIL*

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

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'ORF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	16	TR + $\frac{1}{2}$ D ₂₃ avec Tenu + Radiolucent	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₃₃
	22-23	$\frac{1}{2}$ D ₂₃ (3 faces) = D ₁₅	MONTANT DES SOINS D ₁₅
	23	TR + $\frac{1}{2}$. avec D ₃₃ Ancre Radiolucent	6000 D ₁₅
	24, 25, 26-27	$\frac{1}{2}$ D ₂₃ = D ₁₀	
	31, 36, 37, 34	$\frac{1}{2}$ D ₂₃ = D ₁₀	DEBUT D'EXECUTION
	47-54	$\frac{1}{2}$ D ₂₃ = D ₂₆	
	17	$\frac{1}{2}$ D ₂₃ (3 faces) = D ₁₅	FIN D'EXECUTION
	26	26. numéros 26	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₄₀
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	2. Comme éramme - ciramme		
	16-23 = D ₁₀ x 2		
	Docteur Zoubir BASSIRI Dentiste 1er Etage Boumous Casablanca		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Bd. National 15 - Casablanca Tél: 0522 73 81 15	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Médecin Dentiste

Bernoussi, Casablanca

FACTURE MUPRAS N° 543123

- ✓ **Nom de l'adhérent :** BATASSA SARAH
- ✓ **Nom du malade :** BATASSA HIBA TALLAHI
- ✓ **Prestations :** Soins et Prothèses dentaires
- ✓ **Compte bancaire :** SGMB -
- 022780000134000502104174 - Agence Driss 1^{er} -Casa
- ✓ **Honoraires :** 11.515,50 DH

(onze mille cinq cent quinze DH,
cinquante cinq centimes).

Signé :



Adresse : 113, Avenue Nablousse, Hay Elqods Bernoussi, Casablanca

Tél-FAX : 0522-73-87-87 Email : zoubirbassiri70@gmail.com

ICE : 001615041000049 IF : 53010882 Patente : 31634997

170223



Centre d'affaire Alal Benabdelah
et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage Casablanca

Le 9 août 2023

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 017023_1960-01-07_SALAH
N/REF : 20232210029833
Adhérent : BATASSA SALAH

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de HIBA TALLAH BATASSA.

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 : 11.515,50 MAD
- Restant à charge adhérent : 1279,50 MAD

Validité de prise en charge : du 09-08-2023 au 09-11-2023.

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 Alal Benabdelah, 49, Angle Rue Alal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à HIBA TALLAH BATASSA.

Veuillez agréer, à ses salutations, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS D'ENREGISTREMENT

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'ordonnance des praticiens,
 - ✓ Du certificat de validité 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 NIF, NICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



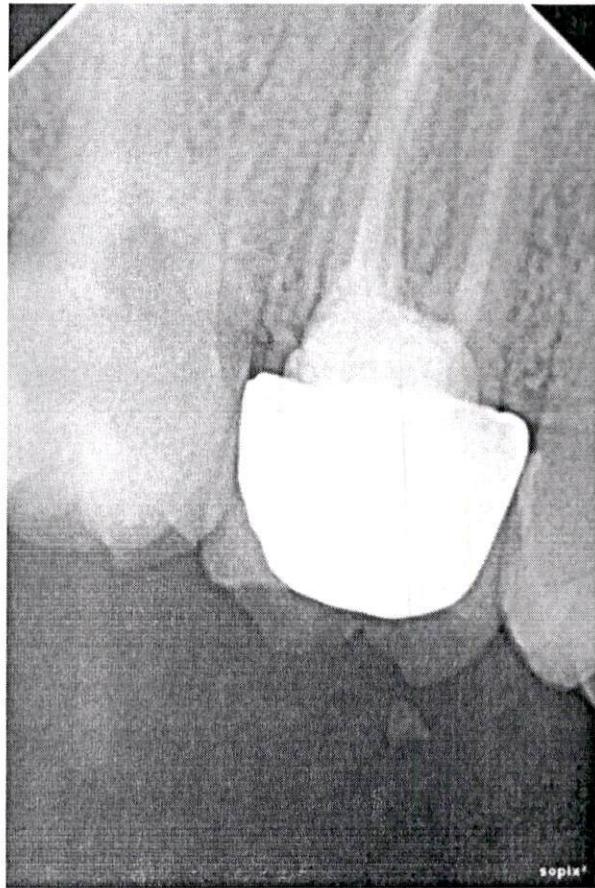
625

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

- Rx. c.c.c/23



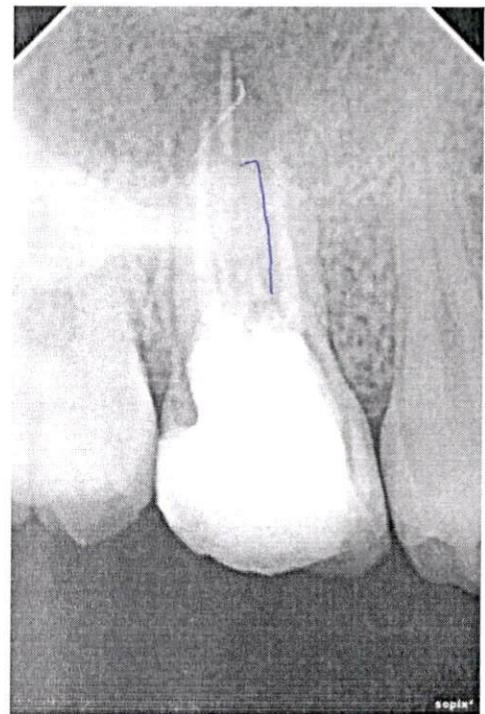
- Rx. c.c.c/16



- Rx ap^{re} TR/16



- Rx. ap^{re} obt. avec Anrage Radicul



- Rx. ap^{re} TR/23



- Rx. ap^{re} obt. avec Anrage Radiculair /23



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



- Rx préopératoire /23

