

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



N° 16479
Déclaration de Maladie

Nº P19-0028450

eA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : A0461

Société : PAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSERRAHME Abdelfjalil

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 22 Rue ALHAMRA Berrechid

Tél. : 0662 77 91 45

Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SALAH EDDINE Jelloul

Chirurgien Dentiste

40 Bd Abderrahim Bouabdil 2ème Etage
(Frs Collège Ibn Kaldoune) Lot. Tissi 2
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07

Date de consultation : 26/12/2019

Nom et prénom du malade : Asserrahme Hicham Age : 54 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin - Dent

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 : Novacem

Signature de l'adhérent[e] : [Signature]



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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	1 1	Opst	$D=10$	D = 50
	2 2	Opst	$D=10$	D = 50
	3 6	Opst	$D=10$	D = 50
	2 6	Opst.	$D=10$	D = 50
	1 1	Opst	$D=10$	D = 50
	1 1	Opst	$D=10$	D = 50
MONTANTS DES SOINS	# 150,00			alt
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000 35533411	B	00000000 11433553
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie
Prothèse - Radios



صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Orthodontie

Berrechid Le : **26/12/19**

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul
Chirurgien Dentiste
40,Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2
Berrechid - Tel. 0522 32 63 07

MR : **HICHAM ASSERRIHINE**

NOTE D'HONORAIRE

(11) obt.composite D=10 , MT = 300.00 dh

(22) obt composite D=10 , MT =300.00 dh

(36) obt composite D =10 MT = 300.00 dh

(26) obt composite D=10+10 MT = 600.00 dh

D =50 ; MONTANT : 1500. 00DH

*Dr. SALAH-EDDINE Jelloul
Chirurgien Dentiste*

40,Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoune) - Lot. Tissir 2 - Berrechid
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2
Berrechid - Tel. 0522 32 63 07

الهاتف : 05 22 32 63 07