

Le 2 juin 2023

17/06

DR. ABOUMOUSLIME NAIMA
97 BD MOUSSA IBNOU NOUSSAIR
BERR, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0006755_1963-01-01_MUSTAPHA

N/REF : 20231530022093

Adhérent : EL ADDIL MUSTAPHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SAAD EL ADDIL.

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 : 7068.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1767.00 MAD

Validité de prise en charge : du 02-06-2023 au 02-09-2023.

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 SAAD EL ADDIL.

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.

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 6755

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MUSTAPHA

EL ADDIL

Date de naissance :

01/01/1963

Adresse :

46 Rue cheikh MA EL AINAYNE
HAY RATHA BERRERECHID

Tél. :

0656975810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2023

Nom et prénom du malade : EL ADDIL S 22 M

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Amputé puis deux dentes

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 : 14/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

R. ACCUEIL R. BOUAFIA



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 Coefficients	Montant des Honoraires
	14 AND 15	22	200

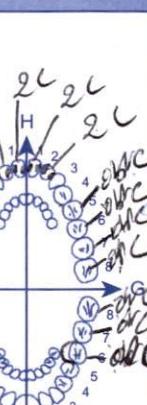
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	12 22 23 20HRC	2 (2 D ₁₅)		
	14	20HRC	2 D ₁₅	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	21	20HRC	2 D ₁₅	
	25	0HRC	D ₁₅	
	26	0HRC	D ₁₅	
	27/28	20HRC	2 D ₁₅	
	16	0HRC	D ₁₅	
	17/18	20HRC	2 D ₁₅	
	4 F	0HRC	D ₁₅	
	6/7	0HRC	D ₁₅	
	38/37	20HRC	90,5	MONTANTS DES SOINS
	36	0HRC	D ₁₅	
<i>det & f in C</i>			D ₁₈	5600 M
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)

L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DU TRAVAIL D'ABORD D'UN BREVET

Docteur Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE

ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : برشيد في :

La denture concernant les dents
Le prothèse dentaire de
M. EL AOUY SEDD
S'adapte à la forme de
5600 Dhs pour les dents
5600 Dhs pour les prothèses dentaires
La denture est :

Ansatz

19/22	—	D ₆₀
11/21	—	D ₂₀
25	—	D ₂
26	—	D ₁₅
27/28	—	D ₇₀
16	—	D ₁₅
10/18	—	D ₃₀

h7 — D₅

hb	—	D ₁₅
38/38	—	D ₃₀
36	—	D ₁₈
alt + hca	—	D ₁₅ D ₁₈ D ₁₈

Count: 5600 N

CCN 26/36/16

→ 3D₁₈₀ → D₅₄₀

Count: 6000 N

Dr Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE

ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : برشيد في :

Dr ABOUMOUSLIME NAIMA
Chirurgien Dentiste
Rue Moussa Bnou Nouceir
Tél: 05 22 33 67 32
Fax: 05 22 33 67 32
ICP: 00 486 00 00009

برشيد
Naima

97 شارع موسى بن نصير رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقاطعة الثانية) الهاتف : 05 22 33 67 32
97,Bd Moussa Bnou Nouceir Appt 8 - 2 ème Etage - Berrechid - Tél : 05 22 33 67 32

