

Le 2 juin 2023

17524

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 080840

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6735

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MUSTAPHA

EL ADDIL

Date de naissance :

01/01/1963

Adresse :

46 Rue cheikh MAA EL AINAYNE
HAY RAHA BERRECHID

Tél. :

0656975810

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/10/23

Nom et prénom du malade :

M. EL ADDIL

S221

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

soins et prothèses dentaires

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) :

Signature

M

R

ACCUEIL

I. BOUHAN

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

RELEVÉ 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

AUXILIAIRES MEDICAUX


Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
 det + m.c.	12 22 2	(20hrc)	2(2D,5)	CCEFFICIENT DES TRAVAUX D315	
	14	20hrc	2D,5		MONTANTS DES SOINS 5600M
	21	20hrc	2D,5		
	25	0hrc	D,5		
	26	0hrc	D,5		
	27/28	20hrc	2D,5	DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
	16	0hrc	D,5		
	17/18	20hrc	2D,5		
	47	0hrc	D,5		
	47	0hrc	D,5		
38/37	20hrc	2D,5	FIN D'EXECUTION		
36	0hrc	D,5			
det + m.c.	—	D,5			

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

برشيد في : Berrechid le :

شهادة عن
الطبيب dentaire de
M EL ADIL S221
s'étant à la somme de
5600 m m la somme de
et 6000 m m les plus plus de
Les détails sont :

per debit

12/22	_____	D ₆₀
11/21	_____	P ₁₂₀
25	_____	P ₁₂
26	_____	D ₁₅
27/28	_____	D ₇₀
16	_____	D ₁₅
17/18	_____	D ₃₀

P₂₁₅

h7	_____	D ₁₅
h6	_____	D ₃₀
38/38	_____	P ₁₈
36	_____	P ₁₈ D ₁₈
dit + ma	_____	P ₁₈ D ₁₈

Count 5600 R
per per debit

CCA 26/36/16

→ 3 D₁₈₀ → D₅₄₀

Count: 6000 R

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

برشيد في : Berrechid le :

Dr ABOUMOUSLIME NAIMA
Chirurgien Dentiste
Rue Moussa Bnou Nouceir
Tél 05 22 33 67 32
Berrechid

الاسم
Sd

