

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.

les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

Médecine et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

Reclamation : 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8221		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHLID Mohaied			
Date de naissance : 20-06-1967			
Adresse : 76 LILAS PARIS Boulevard		Cabinet : 194839	
Tél. : 0661900567		Total des frais engagés : 2302 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	01/02/2024
Nom et prénom du malade :	CHAHLID Halas
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sans Dentaire
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	12 FEV 2024
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Ahmed Jalal TESSAMANI MOUAKADEM
Médecin Dentiste
Angle Rue Mohamed Fakir et L'avenue Omar
Immeuble N°2, RDC N°5, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 25 37 - 06 24 12 30 30

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
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

ANALYSES - RADIOGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires	CoeffICIENT DES TRAVAUX
	1 F	Carie AF	D 10	400,00	
	2 F	Carie 1F	D 10	400,00	
	3 F	Carie 2F	D 10	600,00	
	4 F	Carie 2F	D 10	600,00	
		Détartrage	D 12	300,00	
					MONTANTS Ahmed Jaijal TMSAMANI DES SOINS Medecin Dentiste Angle Rue Mohamed Taha et la Rue Casablanca Immeuble N° 2, RD 5, étage 1er, 045 Tel: 05 22 25 37 - 05 05 22 25 37 - 05 05 22 25 37 - 05
					2300,00
					DEBUT D'EXECUTION 08/01/2024
					FIN D'EXECUTION 12/02/2024

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ICE : 002973877000078
IF : 97361122
INPE : 094194461



Docteur A. Jalal Temsamani M.

CABINET DE DENTISTERIE ESTHETIQUE ET D'IMPLANTOLOGIE

Casablanca : 12/02/2024

Note d'honoraire N°: 4-F-2024

Mme CHAHID Hala

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS-GINGIVAL	D708	D 12	Toutes	300,00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	17	400,00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	27	400,00 DH
COMPOSITE 2 FACES	D701	D 10	37	600,00 DH
COMPOSITE 2 FACES	D701	D 10	47	600,00 DH
				TOTAL 2 300,00 DH

Dr. Ahmed Jalal TEMSAMANI MOKADDEM
Mode règlement : Espèce
Angle Rue Mohamed Taha et Lahcen Omar
Immeuble N°2, DC N°3, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 25 37 - 06 24 12 30 30

ICE : 002973877000078
IF : 97361122
INPE : 094194461

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Deux mille trois cent MAD

Dr. Ahmed Jalal TEMSAMANI MOKADDEM
Médecin Dentiste
Angle Rue Mohamed Taha et Lahcen Omar
Immeuble N°2, DC N°3, Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 25 37 - 06 24 12 30 30
Signature du praticien

Casablanca : 12/02/2024

Note d'honoraire N°: 4-F-2024
Angle Rues Mohamed Taha et Lahcen Omar, Immeuble N°2, Rez-de-Chaussée N°5,
Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 25 25 37 / 06 24 12 30 30

Mme CHAHID Hala

Email : doctemsamani@gmail.com

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
---------------	------	------------------	---------	---------