

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

- Reclamation : 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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-672149

151226

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHBI Kamal

Date de naissance : 14/07/1975

Adresse : Laxali 2 imm 94 Apt 08 BERRECHID

Tél. : 0661266475 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SALAH-EDDINE Jelloul
Chirurgien Dentiste
40, Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage
(Fais Village en Khaldoune) Lot. Tissir 2
Berrechid - Tél. : 0522 32 63 07

Date de consultation : 27/02/2023

Nom et prénom du malade : Dahbi Mohamed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Nouaceur

Le : 28/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

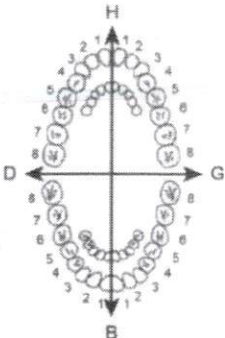
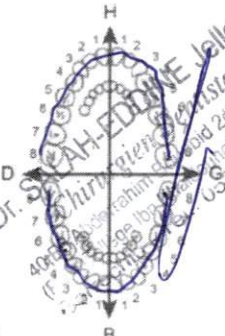
[illegible]

RELEVÉ 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="90"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	(Création, remont, adjonction) Concurrenriel, Thérapeutique, nécessaire à la profession 27/02/23 Bilan orthodontique du 3 ^{ème} semestre D=90; N=3500			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="N°3500,00"/>																								
	DATE DU DEVIS <input type="text" value="27/02/23"/>																											
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="27/02/23"/>																											
	VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. SALAH-EDDINE Jelloui 40, Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage (F. Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2 0522 32 63 07																											
	VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. SALAH-EDDINE Jelloui 40, Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage (F. Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2 0522 32 63 07																											

SAGA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie
Prothèse - Radios

Orthodontie



د. صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Berrechid Le : 27/02/23

NR, Dahbi Mohamed

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

* I.F = 92983749

* I.C.E = 001701077000033

* I.N.P.E = 064163827

* TEL = 0522326307

40, Bd. Abderrahim Bouabid - 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoune) - Lot. Tissir 2 - Berrechid
40, شارع عبد الرحيم بوعبيد - الطابق الثاني - قرب إعدادية ابن خلدون - تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 32 63 07

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie
Prothèse - Radios

Orthodontie



د. صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Berrechid Le : 27/02/23

MR: Dahbi Mohamed

Facture

Bilan orthodontique du 3^{ème}
Semestre

D = 90 ; M = 3500,00 A

Dr. SALAH-EDDINE Jelloul
Chirurgien Dentiste
40 Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage
R. 5 Collège Ibn Khaldoune Lot. Tissir 2
Berrechid - Tél. 0322 32 63 07

N° Dossier: 148915
N° Dossier externe: ACC-11463-09/02/2023
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: DAHBI MOHAMED
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 09-02-2023
Date de fin:
Date de saisie: 09-02-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
14-02-2023	Manuel	ACC D90 3EME SEM ODF