

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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8638 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELGUENGAII SKENDER

Date de naissance : 31.03.1972

Adresse : HAÏTITUELLE

Tél. : 06 6376103 Total des frais engagés : 4.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Le : 10/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF</p>			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
	23	R2 composite	26 D30
<p>Coefficient des 26+D30</p> <p>Montant des soins 400,00 DH</p> <p>Début d'exécution 29/16/2019</p> <p>Fin d'exécution 29/16/2019</p> <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
	H	G	
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p> <p></p>			
VOLET ADHERENT	NOM : El Guerabah SKENDER Mle 8638		
DECLARATION N°	W18-394726		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	400,00		
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>			

MUPRAS		W18-394726	DATE DE DEPOT															
			/201...															
<p>A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 8638</p> <p>Nom & Prénom El Guerabah SKENDER</p> <p>Fonction MÉTALLICIEN / Phones 0663767703</p> <p>Mail</p>																		
<p>MEDECIN Prénom du patient</p> <p>Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____ Date _____</p> <p>Nature de la maladie</p> <p>Date 1ère visite</p>																		
<p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires												
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
<p>PHARMACIE Date _____</p> <p>Montant de la facture</p>																		
<p>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : _____</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>																		
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

Dr. El houcine ETTALIBI

Chirurgien-dentiste Orthodontiste

Diplômé de l'Université de Hassan II Casablanca

الدكتور الحسين الطالبي

جراحة و تقويم الأسنان

خريج كلية طب الأسنان الدار البيضاء

Agadir, le : 29/06/2019

24 SEP. 2019

NOTE D HONORAIRE

دل
د 26

Je Soussigné : Dr El Houcine ETTALIBI

Certifie que : EL GUERGAAI SKENDER

A bénéficié à ce jour de soins dentaires dont la note

d'honoraires s'élève à :

****400.00DH****

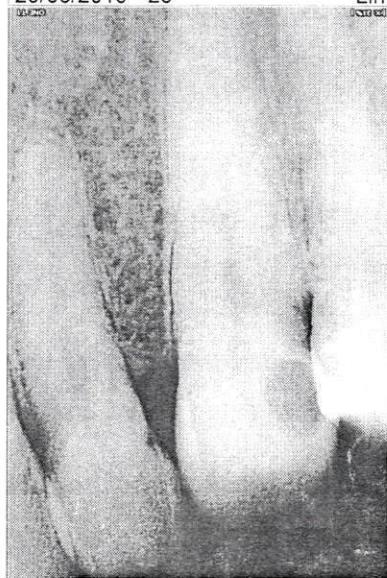
22

رقم 22 مكرر. زاوية شارع جمال عبد الناصر و زنقة 807 حي المسيرة أكادير.
N°22Bis, Angle Boulevard Jamal Abdennacer et Rue 807 Cité Almassira, Agadir.

Tel.: 05 40 10 27 88

ICE 001665122000042 – IF 14495776 – INPE 034163014

Création 29/06/2019 EL GUERGAÏ Skender Impression 13/07/2019
29/06/2019 - 23 - Lin.



م

CENTRE DENTAIRE ALMASSIRA, Dr. El houcine ETTALIBI
22 bis Bd Jamal Abdenacer Rue 807 Cité Almasira AGADIR, 0612479710

الدكتور الحسين الطالبي
طبيب جراح الاسنان
دكتور الحسين الطالبي
طبيب جراح الاسنان