

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0037672

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06503

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIANE

M.D.H.A.M.E.D

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : 429, Bd AbdelHoumou CASA

Tél. : 0661455723

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

21 OCT. 2019

ACCUEIL

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

21 SEP. 2019

ACCUEIL

S.D.A

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

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.

taire :

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.

adie 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

Déclaration de Maladie : N° S19-0018300

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **098106503**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Diane Mohamed**

Date de naissance **01/01/1961**

Adresse :

Tél. : **0661.45.57.73**

Total des frais engagés :

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 : **21 OCT 2019**

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018300

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																																																																							
		46	EAT	D-10																																																																																							
Coefficient des travaux D-10 Montant des soins # 200,- Début d'exécution Fin d'exécution Determination du coefficient masticatoire																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>22 GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>22</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>24</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>26</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td>29</td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>33</td> <td>35</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>36</td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>37</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>38</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>37</td> <td>39</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td>40</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>39</td> <td>41</td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>42</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>43</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>44</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>45</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>46</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>47</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td>48</td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> DR. SALAH-EDDINE Jelloul Chirurgien Dentiste Dr. Abderrahim Bouazzaoui Dr. Ibrahima Ibn Kaldoum Tel. 0522 32 63 07 Bérechid - Tel. 0522 32 63 07 Dr. SALAH-EDDINE Jelloul Chirurgien Dentiste Dr. Abderrahim Bouazzaoui Dr. Ibrahima Ibn Kaldoum Tel. 0522 32 63 07 Bérechid - Tel. 0522 32 63 07					DROITE	11 21	22 GAUCHE	12	22	23	13	23	24	14	24	25	15	25	26	16	26	27	17	27	28	18	28		HAUT	29		30	31		31	32	33	32	33	34	33	35	36	34	36	37	35	37	38	36	38	39	37	39	40	38	40	41	39	41	42	40	42	43	41	43	44	42	44	45	43	45	46	44	46	47	45	47	48	BAS	48		46			47			48		
DROITE	11 21	22 GAUCHE																																																																																									
12	22	23																																																																																									
13	23	24																																																																																									
14	24	25																																																																																									
15	25	26																																																																																									
16	26	27																																																																																									
17	27	28																																																																																									
18	28																																																																																										
HAUT	29																																																																																										
30	31																																																																																										
31	32	33																																																																																									
32	33	34																																																																																									
33	35	36																																																																																									
34	36	37																																																																																									
35	37	38																																																																																									
36	38	39																																																																																									
37	39	40																																																																																									
38	40	41																																																																																									
39	41	42																																																																																									
40	42	43																																																																																									
41	43	44																																																																																									
42	44	45																																																																																									
43	45	46																																																																																									
44	46	47																																																																																									
45	47	48																																																																																									
BAS	48																																																																																										
46																																																																																											
47																																																																																											
48																																																																																											
O.D.F. Prothèses dentaires																																																																																											
		25533412 00000000	H 21433552 00000000	G																																																																																							
		00000000 35533411	00000000 11433553																																																																																								
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																											
Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution																																																																																											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 051366		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 06503	
Nom & Prénom DIANE MOHAMED			
Fonction RETRAITE	Phones 0661455773		
Mail mohamed.diane@centraliens.net			
MEDECIN	Prénom du patient Diane Mohamed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
EAT	D-10	# 200,-	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie

Prôthèse - Radios

Orthodontie



صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

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

Berrechid : 30/8/9

Mohamed M'hamed

Notec/hammam

Extract 46 #200,00

$$VD = 10$$

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

40. شارع عبد الرحيم بو عبيد - 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

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



صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

30/8/19

Dr. Sal Jelloul

IF = 92883749

IDF = 0017 e107 7000033

INP = 064163 827

Tel = 0522326307

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

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

الهاتف : 05 22 32 63 07