

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

16/11/98

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7130 Société : RAM (Detours (é)).
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ILMHAK Ahmed
Date de naissance : 09/04/64
Adresse : Hay EL JUSSRA, Rue 50 N° 137 Ain el Giza
Tél. : 0664.09.65.58 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Maroc Le : 04/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/04/2023

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	Dent 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Dent 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Synoste	P.D = P2 3000H	327
35	Synoste	P5	3000H	6000H
DENTOUTI Aouibi Radia Marrakech	Marrakech	Det	04/04/23	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	H	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H D B	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS	
(Création, remont, adjonction)	G	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS	
DENTOUTI Aouibi Radia Marrakech	Av. Hassan II Imm Habous Marrakech	DATE DE L'EXECUTION	04/04/23	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	Dr. TIFNOUTI Aouibi Radia Av. Hassan II Imm Habous Marrakech Tél. 0524 83 03 Marrakech	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	

D.U d'implantologie orale

دبلوم الجامعة في زرع الاسنان

Soins - chirurgie

العلاج - الجراحة

Implantologie - Prothèse

الزرع - التعويض

د. التيفنوتى عوبيدى
طبيب أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ
Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03

Marrakech, le 04/04/2023

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom du médecin dentiste: Dr BADIAA TIFNOUTI

N° de l'INPE: 074 02 19 16

N° de l'ICE: 001635116000060

N° de l'IF: 68961860

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المقوّر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
Dents traitées	Relaxation	04/04/2023	D7 DED	300 Dhs	300 Dhs	د. التيفنوتى عوبيدى طبيبة أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03
35 Lggeste		04/04/2023	D75	300 Dhs	300 Dhs	د. التيفنوتى عوبيدى طبيبة أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03
						د. التيفنوتى عوبيدى طبيبة أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03
						د. التيفنوتى عوبيدى طبيبة أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03
						د. التيفنوتى عوبيدى طبيبة أسنان Dr. TIFNOUTI Aoubidi Badiaâ Av. Hassan II Imm. Habous Bloc E App. n° 2 Bab Doukkala - Marrakech - Tél : 05 24 44 83 03

Montant global : 600 Dhs

Mode paiement : Espèces

Chèque