

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

184694
19461 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **IGOUNIYE Fatima**

Date de naissance :

Adresse : **AV. Prince mohamed Abdallah n°23 marrakech**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. ABOUD Mariem
Chirurgien Dentiste
48, Rue Youssoufie Marrakech
Tél : 05 24 421 728**

Date de consultation : **30/10/2023**

Nom et prénom du malade : **IGOUNIYE Fatima** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Dent. prothèse adjointe partielle (dent)**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

A. LAAMIM



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature 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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr> <td></td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td><td></td></tr> </table>	D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		B	
D	00000000	00000000	G								
	35533411	11433553									
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									

Dr. ~~Abdelkader~~ Chirurgie Dentaire
48, Rue Yougoslave Marrakech
Tel : 05 24 42 17 83 31 32 35 36 37 41 42 43
Professeur ~~Abdelkader~~ 10 dents
Dr. ~~Abdelkader~~ Chirurgie Dentaire
48, Rue Yougoslave Marrakech
Tel : 05 24 42 17 83 31 32 35 36 37 41 42 43

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A TESTER L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste
48, Rue Yugoslavia-Marrakech
Tél. 05 24 421 728

18/12/2023

2011012028

2800 m

DFS

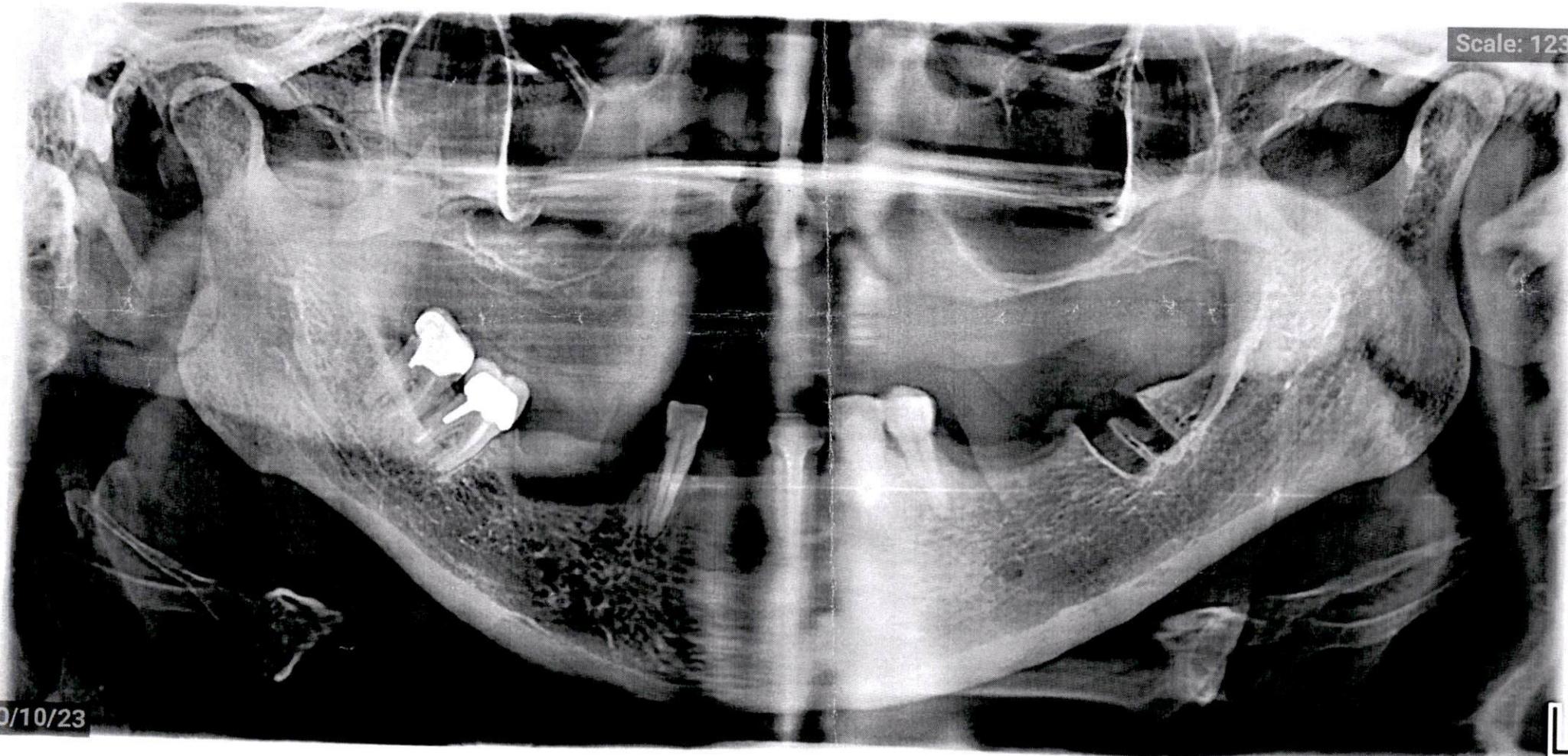
Dr. ABOUD Meriem
Chirurgien Dentiste
48, Rue Yougoslavie Marrakech
Tel : 05 24 421 728

Mme IGOUZOULENE Fatima
ID 61320
Date de naissance 01/01/52

Dr. ABOUD Meriem
Chirurgien Dentiste
48, Rue Yougoslavie Marrakech
Tel : 05 24 421 728



Scale: 123%



30/10/23

L

Dr ABOUD Meriem
Chirurgien Dentiste
Imm, Adam Plaza 48, Rue
Yougoslavie Gueliz

40000 Marrakech

Tél: +212 524 421 728

ICE: 001607403000053

INP: 074172727

IF: 68990150



CABINET DENTAIRE

Note d'honoraire N°: 16-F-2023

Date : 18/12/2023

Patient(e): Mme IGOUZOULENE Fatima

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff.	Dent(s)	Montant
PAP 10	D768	D 75	37, 41, 42, 44, 45, 46	2 800,00 DH
TOTAL				2 800,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Deux mille huit cent MAD

Signature du praticien

