

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.

Ontogeny

- 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.
 - Le radiographie jointe est obligatoire en cas de prothèse ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALG

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (1 G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

① N° W19-447776

59067

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	031406	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEBAPT Mohamed			
Date de naissance :	27/09/1959		
Adresse :	RUE G N° 20	Lyonneut Leyonut California	
Tél. :	0661522514	Total des frais engagés :	10000

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: right; font-size: small;"> Docie i CHIRURGIE Maladies et Chirurgie de la Bouche 26, Avenue Lahloui 2^e étage 29300 CASABLANCA <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> UFR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> DENTISTE </div>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : H- SERBAA Houssam EK OUFIR (S)	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Soin dentaires	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon et le faire parvenir au 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : / / / / / /

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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, **INP : 094010238** que le bilan de l'ODF.

INP : 41503251 - CNSS : 2343408

ICE : 001774587000077

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

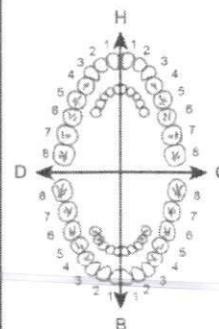
Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Docteur Tarik TOUFIK
DOCTEUR DE LA CHIRURGIEN DENTISTE
Maladies et chirurgie de la bouche
10 Avenue Idriss Lchrizi : e 3^e étage
10.26.07 / 9.30.00 - C 01
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION
10 Avenue Idriss Lchrizi 2^e étage
10.26.07 / 9.30.00 - C 01
10 Avenue Idriss Lchrizi 2^e étage
10.26.07 / 9.30.00 - C 01



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnal, thérapeutique, nécessaire à la profession

CCF 24

CCF 25

N.B. CCF 24-25

Sur Explorateur

Docteur Tarik Toufik
Chirurgien dentiste
Spécialiste en Chirurgie buccale
et en Esthétique du sourire
Implantologue diplômé
de l'université Louis Pasteur
(STRASBOURG)

الدكتور طارق توفيق
طبيب جراح للأسنان
أخصائي في أمراض و جراحة الفم
و زرع الأسنان
خريج جامعة لويس باستور
(ستراسبورغ)

ORDONNANCE

15/03/2021

Note d'honoraire

Je soussigné et certifie Dr TARIK TOUIFIK avoir reçu de Mme EL OUFIR HOUDA
la somme de 12 000 dhs .

Pour CCM 16.46 Le lundi 15 mars 2021.



Docteur Tarik TOUIFIK
Implantologue
26, Avenue Idriss Lahrizi 2ème Etage
Tél: 05 22 29 30 60 - 05 22 20 36 07
E-mail: cabinetdrtoufik@gmail.com
Fax : 05 22 48 69 03
N° D'urgence : 06 61 54 81 97

- › Créer un décompte lié au dossier
- › Créer un devis lié au dossier
- › Créer un décompte tiers lié au dossier

N° Dossier: 59067 

N° Dossier externe: ACC-03406-11/02/2021

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: EL OUFIR HODA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

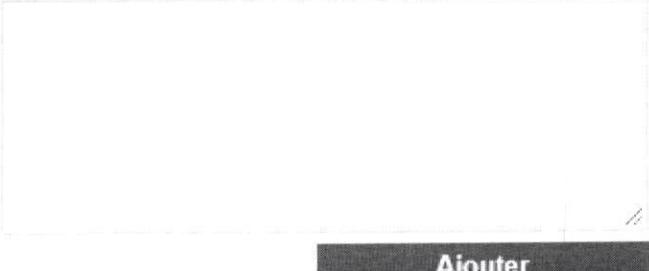
Date de début: 11-02-2021 

Date de fin: 

Date de saisie: 11-02-2021

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
11-02-2021	Manuel	ACC D360 2CCM SUR IMP 24+25 DR TARIK TOUIK S/R RX APRES



59067

MLÉ 3406

S'EBAA

HODA

EL OUFIR

