

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0015715

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0811

Société :

Mupras

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

Yasra Saïd Ben Ali Yada

Date de naissance :

7-4-1938

Adresse :

Rue 4-103 Longchamps  
Casa

Tél. :

06611412115

Total des frais engagés :

363886

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Youssef LARAKI**  
Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE  
40 Rue Abou El Wakt 1<sup>er</sup> Etage N° 20  
Quartier Bourgogne Casablanca  
Tél. 0522 20 00 14

Date de consultation :

04/05/2023

Nom et prénom du malade :

Salah Badis Yada

Age :

84

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie bucco-dentaire

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 :

Casa 4-05-2023

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Signature



# RELEVÉ 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
15/05	GUTTE	CS	20001r	<p><b>YOUSSEF EL WAKKI</b>            Dr EN CHIRURGIE DENTAIRES            40 Rue Aboul El Wakk 1<sup>er</sup> Etage            Quartier Bourghes Casablanca            Tél. 0522 18 00 14</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE DAR NAIME</b>            Lot 506 2 Rue Hassan N°7            Hay El Mana Casablanca            Tél: 0522 95 15 37</p>		16090

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# YOUSSEF LARAKI

Docteur en Chirurgie Dentaire

**Parodontiste - Implantologiste**

Ancien Attaché de l'institut de Stomatologie de Paris

VI

RDV à MERCREDI

10/05/2023

à 10h.

## ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca Le, 04/05/2023

Madame LAHBABI BADIA

1 ZAMOX 1G *Lundi*

1cp \* 2 jour pdt 7j  
*soir.*

☒ Matin ☐ Midi ☒ Soir

☒ Apres ☐ Avant

2 SOLUPRED 20MG *Mercredi*

3 cp en une seule prise matinale pdt 3 j

☒ Matin ☐ Midi ☐ Soir

☒ Apres ☐ Avant

3 DOLIPRANE 1000 *Mercredi*

1 APP \* 3 jour

☒ Matin ☒ Midi ☐ Soir

☐ Apres ☐ Avant

PPV: 98DH00  
PER: 02-26  
LOT: M538

Sanofi-Aventis Maroc  
Rue de Casablanca 1  
20100 Casablanca  
PPV: 14DH00  
PER: 02/26  
LOT: M558

1) Commence ZAMOX LUNDI : Matin et Soir pendant 7 jours.

2) Commence Solupred Mercredi : Matin 3 comprimés en une fois pendant 3 jours.

3) Doliprane : Commence à Mercredi 1h avant.

Youssef LARAKI  
Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE  
40 Rue Abou El Wakt 1<sup>er</sup> Etage N° 20  
Quartier Bourgogne Casablanca  
Tél. 0522 20 00 14

**YOUSSEF LARAKI**

Docteur en Chirurgie Dentaire

**Parodontiste – Implantologiste**

Ancien Attaché de l'Institut

De Stomatologie de Paris VI

Casablanca le 04/05/2023

**FACTURE POUR MME LAHBABI BADIA**

Je Soussigné DR.YOUSSEF LARAKI, atteste que MME LAHBABI BADIA a  
honoré la somme de deux cent ( 200 dhs ) pour une consultation .  
coefficient ( CS ).

Ce document est fait pour servir et faire valoir ce que de droit .

**IF : 40517895**

**ICE : 001677926000042**

**N° PATENTE : 35603024**

**Youssef LARAKI**  
**DR EN CHIRURGIE DENTAIRE**  
40 Rue Abou El Wakt 1<sup>er</sup> Etge N° 20  
Quartier Bourgojne Casablanca  
Tél. 0522 20 00 14