

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.

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
M22- 0015715

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0811 Société : Mupras
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Yassine Saïd Ben Ali Yassine
 Date de naissance : 7-4-1938
 Adresse : Rue 4 - N°3 - Longchamps - Casa
 Tél. : 0661141215 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^{er} Etage N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14

Date de consultation : 04/05/2023
 Nom et prénom du malade : Youssef Saïd Ben Ali Yassine Age : 84
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie 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 : 20/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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	G.M.T.	5	2000R	 <p>YOUSSEF EL WAKI Dr EN CHIRURGIE DENTAIRES 40 Rue Aboul El Waki 1^{er} Etage Quartier Bourgeois Casablanca Tel. 0522 78 00 14</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DAR NAIME Lot Sof 2 Rue Hassane N°7 Hay El Mana Casablanca Tel: 0522 95 15 37</p>		16070

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

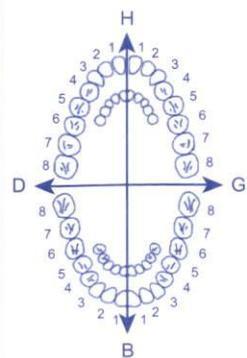
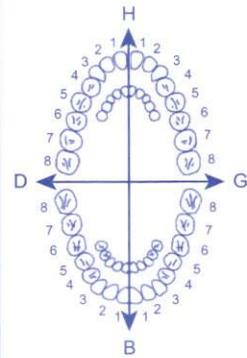
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

RDV & 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
seul.

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



- 1) Commencez ZAMOX LUNDI : Matin et Soir pendant 7 jours.
- 2) Commencez Solupred Mercredi : Matin 3 comprimés en une fois pendant 3 jours.
- 3) Doliprane, Commencez le Mercredi à 10h avant.



Youssef LARAKI
 Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE
 40 Rue Abou El Wakt, 1^{er} 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 Waky 1^{er} Etge N° 20
Quartier Bourgojne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14