

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

N° M21- 070041

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2579

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA AHMED

Date de naissance : 01.04.1943

Adresse : hab. Toulou

Tél. : 06 71 92 70 04

Total des frais engagés : 371,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 / 06 / 2023

Nom et prénom du malade : BENAISSA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie bucco-dentaire

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 : Casablanca

Le : 22 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Autorisation CNDP N° : A-A-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
24/06/04	Généraliste	5	2000	<p>YOUSSEF LARAKI</p> <p>Dr EN CHIRURGIE DENTAIRES</p> <p>40 Rue Abou El Fattah 1^{er} Etage N° 20</p> <p>Quartier Bourgogne Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 20 00 14</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE</p> <p>BAB ALAZHAR</p> <p>Dr HANANE NAOUMI</p> <p>NPE : 092087352</p>	<p>PHARMACIE</p> <p>BAB ALAZHAR</p> <p>Dr HANANE NAOUMI</p> <p>03/07/23</p>	171,7

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 :

Veuillez 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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <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

+ Lundi 03/07/2023.
à MEDO

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca Le, 21/03/2017

Monsieur BENAISAAHMED

1 ZAMOX 1G PENDANT 7J 02/07/2023 ☒ Matin ☐ Midi ☒ Soir
1 SACHET * 2 jour ☒ Après ☐ Avant

2 SOLUPRED 20MG PENDANT 3J 03/07/2023 ☒ Matin ☐ Midi ☐ Soir
3cp en une seule prise matinale ☒ Après ☐ Avant

3 DOLIPRANE 1000 03/07/2023 ☒ Matin ☒ Midi ☒ Soir
1 ~~ACP~~ * 3 jour ☐ Après ☐ Avant

ACP hâte ls 6h 200
depre 40/j edt 8j.
121.7

PPV: 109DH00
PER: 04-26
LOT: M1260

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V: 48,70 DH

6 118000 060536

PPV: 14DH00
PER: 04/26
LOT: M740

PHARMACIE
BAB AL KHAR
Dr. Habbana A. TOUMI

INPE: 092087352

YOUSSEF LARAKI
Dr. Parodontiste - Implantologiste
40 Rue Abou El Wakt, Quartier Bourgogne - N° 20 Casablanca
Tél: (212-522) 20.00.14 - Fax: (212-522) 20.53.93

YOUSSEF LARAKI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Parodontiste – Implantologiste
Ancien Attaché de l'Institut
De Stomatologie de Paris VI

Casablanca le 22/06/2023

FACTURE POUR MR BENAÏSSA AHMED

Je Soussigné DR.YOUSSEF LARAKI, atteste que MR BENAÏSSA AHMED
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^{er} Etge N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél: 0522 20.00.14