

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0023584

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000709 Société : Agp u21

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI HNYINE Souad

Date de naissance :

Adresse : 91 Lotissement al fany Sid: Rahal chet

Chari: Berrechid

Tél : 0665105511 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-2/15 /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
27.12.23	Consultation	100 DHS		Youssef KARAKI DENTISTE 40 Rue Abou El Wakt El Ege N° 20 Quartier Rougegeche - Casablanca Tél: 0522 52 90 14

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi RAHAL ZINE IMANE Hay Chaharati Pahal EL III Tél / Fax 05 22 96 11 37 INPE 069053832	27/12/23	135,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Youssef KARAKI DENTISTE 40 Rue Abou El Wakt El Ege N° 20 Quartier Rougegeche - Casablanca Tél: 0522 52 90 14	27/12/23	Z120	700 DHS

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



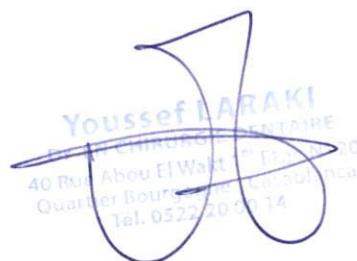
**YOUSSEF LARAKI**

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

Casablanca 27/12/2023

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE  
DE MME TAZI SOUAD

- La qualité et quantité osseuse est satisfaisante et suffisante
- Absence d'image radioclaire d'allure kystique

  
Youssef LARAKI  
CHIRURGE DENTAIRE  
40 Rue Abou El Wakt - 1<sup>er</sup> étage - N° 20  
Quartier Bourgogne - Casablanca  
Tel: 0522 20 00 14

IF : 40517895  
ICE : 001677926000042  
N° PATENTE : 35603024  
INP : 094011160



**YOUSSEF LARAKI**

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

Casablanca le 27/12/2023

**FACTURE POUR MME TAZI SOUAD**

Je Soussigné DR.YOUSSEF LARAKI, Atteste que MME TAZI SOUAD  
a honoré la somme de CENT DIRHAMS (100dhs) pour consultation et  
SEPT CENTS DIRHAMS (700dhs) pour CONE BEAM (coefficient :Z120)

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

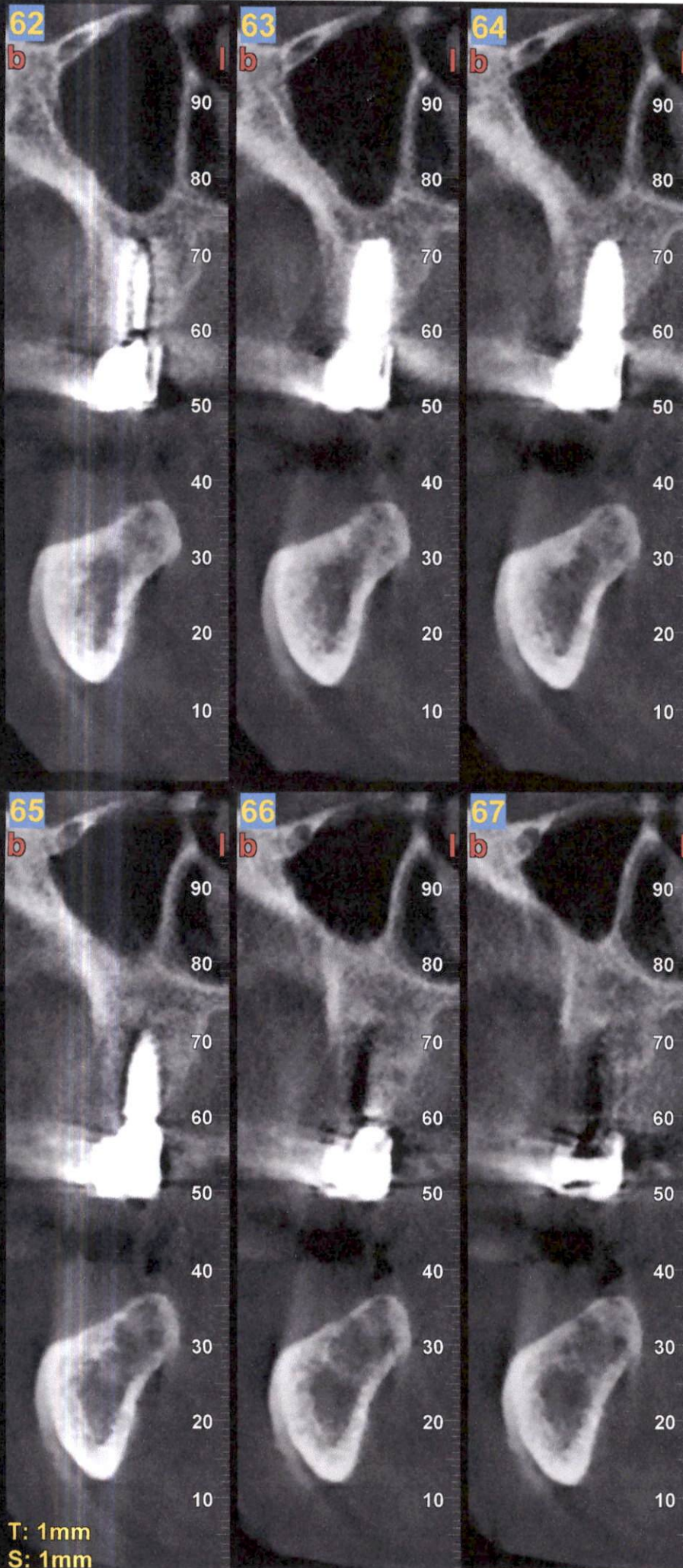
IF : 40517895  
ICE : 001677926000042  
N° PATENTE : 35603024  
INP : 094011160

Youssef LARAKI  
DENTISTE  
40 Rue Abou El Wakt, Quartier Bourgogne - N° 20  
Quartier Bourgogne - Casablanca  
Tel. 0522 20.00.14



Youssef DENTAIRES  
100 CHASSEUR D'OR N° 20

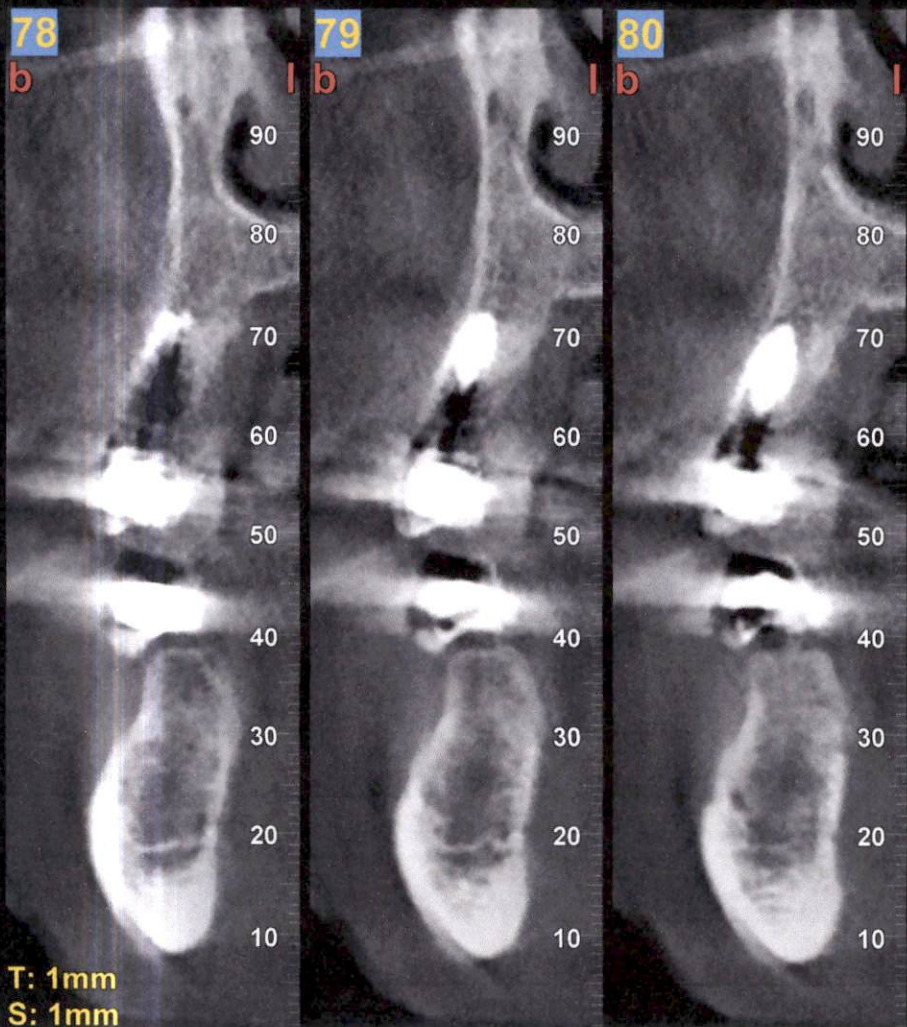
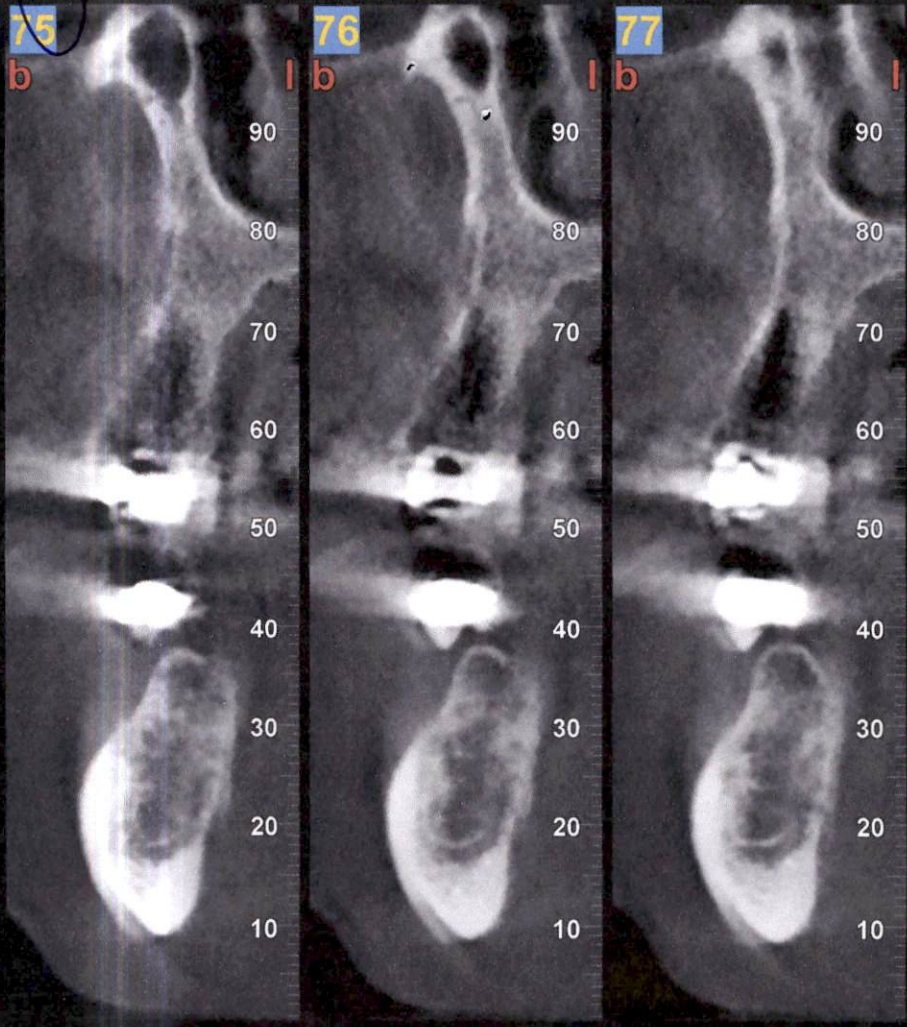
tazi souad  
Date de naissance: 01/01/1950  
Date de l'examen: 27/12/2023



T: 1mm  
S: 1mm



Youssef Souad  
Interne Chirurgie  
N° 123456789



T: 1mm  
S: 1mm



## Youssef LARAKI

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Parodontiste - Implantologiste  
Ancien Attaché de l'Institut  
de Stomatologie de Paris VI

### Consultation sur Rendez-vous

40, Rue Abou El Wakt - Quartier  
Bourgogne - 1er étage N° 20

Tél. : 05 22 20 00 14 - Fax : 05 22 20 53 93

## يوسف العراقي

طبيب جراحى للأسنان  
أخصائى فى التهاب اللثة وزرع الأسنان  
معلق سابقا بمعهد جراحة الفم وبأريس VI

### الزيارة بالموعد

40، زقة أبو الوقت - حي بوركسون  
الطابق الأول - رقم 20 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 20 00 14  
الفاكس : 05 22 20 53 93

Casablanca, le 27/12/2023.

### ORDONNANCE

Mme TAZI, SOUAD

116100

1) ZANOX (Salt) 1G.



1x 2x/j per dent.

~~13570~~  
13570

2) ALGANTIL 200mg (cp)

Pharmacie Sidi RAHAL  
ZINE Imaje  
Hay Chara 05 22 96 91 37  
Tél / Fax 06 2053839  
INPE



2cp 3x/j per th. 3j.

3) Arance 9c (H x)

3cc / e ..

Signature

Youssef LARAKI  
DENTISTE  
40 Rue Abou El Wakt  
Bourgogne - 1er étage N° 20



PPV: 116DH00  
PER: 09-26  
LOT: M 3262

**ALGANTIL® 200** 20 dragées

PPV 19DH70  
EXP 10/2025  
LOT 20004 1