

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Fakr et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-835521

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11559 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGAZIAN Samir

Date de naissance : 08/21/1975

Adresse :

Tél : 663 66 9789 Total des frais engagés : 363,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2019

Nom et prénom du malade : LAGAZIAN Samir Age :

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

Nature de la maladie : Consultation 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
27-08-2014	Prescription d'ordonnance		1009,62	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	23/02 2024	263,80

[illegible][illegible]

[REDACTED]

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H 1 2 3 4 5 6 7 8 D ← → G B						
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H 1 2 3 4 5 6 7 8 D ← → G B	H 25533412 / 21433552 00000000 / 00000000 G 00000000 / 00000000 35533411 / 11433553 B					
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS			
			DATE DE L'EXECUTION			

SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Toufik LAMRISSI

Ex Chirurgien Dentiste - Stomatologiste

à la M.G.E.N de Safi

Honoré par la Délégation des

Chirurgiens Dentistes des USA

Tél.: 0522 21 46 10



الدكتور توفيق لمريسي

طبيب رئيسي سابقا جراحة الأسنان و الفك

بأسفي

حائز على دبلوم الشرف من طرف البعثة

الأمريكية لجراحة الأسنان

الهاتف: 0522 21 46 10

Casablanca البيضاء في

23/2/2024
DR. LAMRISSI TOUFIK
Chirurgien Dentiste
Stomatologiste
773, Bd. 2 Mars - Casa
Tél.: 05 22 21 46 10

LA Goutte Bleue

126,30
Augmentin 1g

PPI: 40DH00
EXP: 06/2026
LOT: 35002 1

1 x 1 600 60

40,00

1 effiracet 20mg

1506 1
4 2026
76.50

16,50

Nalgescic

P.P.V: 21DH00

21,00

1 x 3
Buit 7

1 gel. ps

263,80

DR. LAMRISSI TOUFIK
Chirurgien Dentiste
Stomatologiste
773, Bd. 2 Mars - Casa
Tél.: 05 22 21 46 10

DOCTEUR LAMRISSI TOUFIK

Ex Chirurgien Dentiste - Stomatologiste

à la M.G.E.N de Safi

Honoré par la Délégation des
Chirurgiens Dentistes des USA

Tél.: 0522 21 46 10

Sur rendez-vous

الدكتور لمريسي توفيق

طبيب رئيسي سابقا لجراحة الأسنان و الفك

بأسنفي

حائز على دبلوم الشرف من طرف البعثة

الأمريكية لجراحة الأسنان

الهاتف : 0522 21 46 10

زيارة بالموعد

FACTURE DE PAIEMANT

Pa SA 23/2/2024

Je Soussigné Dr LAMRISSI Toufik avoir Reçu

De Mme ou Mr

LAGZIRI Samir

La Somme de

100.00 Mr

(Cent Dirhams)

Pour Soins dentaires

consultation dentaire

Dr LAMRISSI
Chirurgien Dentiste
773, Bd. 2 Mars - Inara
Tél.: 05 22 21 46 10