

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 canalaire, 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 canalaire.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-488417

104138

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **LAHLALI** Société : **89 79**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **LAHLALI Abdelhakim**
 Date de naissance : **22-02-1969**
 Adresse :
 Tél. : **0661 32 23 70** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. LAALOU Younes
Prothèse Fixée / Implantologie
34 Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue
des Papillons Quartier Oasis - Casablanca
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16
0522 25 37 68 - 0692 12 81 46

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : **EL ANDALOUSSI R. A. T. O. U. S.** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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** Le : **28/11/2019**
 Signature de l'adhérent(e) : **Accueil Siège/Ram**

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/10/19	Radiographie panoramique 216	25000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

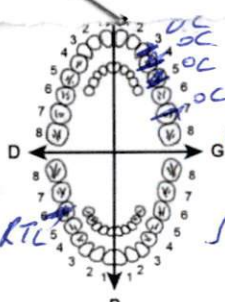
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : 021992K136
	01/10/19	obstruction	1	<p>MONTANTS DES SOINS: 5000,0</p> <p>DEBUT D'EXECUTION: 15/10/19</p> <p>FIN D'EXECUTION: 28/11/19</p>
	02/11/19	compromis	15	
	12/11/19	obstruction	15	
	19/11/19	R.P. 15	1	
28/11/19	de l'acte	1	1	
<p>28/11/19 45 obstruction 15</p>				
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H: 25533412, 21433552 D: 00000000, 00000000 G: 00000000, 00000000 B: 35533411, 11433553</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>DATE DU DEVIS: <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION: <input type="text"/></p>				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX: <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS: <input type="text"/></p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr LAALOU Younès
Prothèse Fixée / Implantologie
44, Bd Adrar, angle Route 604 Angle Rue
des Pédiculis Quatre Océans Casablanca
Tel: 022 90 11 34 - 052 65 16
022 20 11 34

Docteur en Médecine Dentaire-FMD.Casablanca
C.E.S de Biomatériaux Dentaires
C.E.S de Prothèse Fixée
C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle
C.E.S de Prothèse Adjointe Totale
C.E.S de Parodontologie
Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-faciale .Paris VII

Casablanca, le 28/11/2019

Patient(e): Mme EL ANDALOUSSI BATOUL

FACTURE N° 74-11-2019

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
Radios Panoramique	Toutes	250,00 DH
Obturation au composite	27	600,00 DH
Obturation au composite	25	600,00 DH
Obturation au composite	24	600,00 DH
Obturation au composite	23	600,00 DH
Reprise de traitement canalaire 4	46	2 000,00 DH
Obturation au composite	45	600,00 DH
TOTAL		5 250,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cinq mille deux cent cinquante DH

Signature du Praticien

Pr. LAALOU Younès
Prothèse Fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue
des Papillons Oasis - Casablanca
Tél : 0522.98.51.34 - 0522.99.66.16
0522.25.37.68 - 0662.12.81.46

34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons, Quartier L'oasis. Casablanca-Maroc

0522.25.37.68 / 0522.98.51.34 / 0522.99.51.34

GSM : 06 65 169 169 (Urgences) E-mail : oasisdentalclinic34@gmail.com

ICE : 001613438000068

IF : 40909050

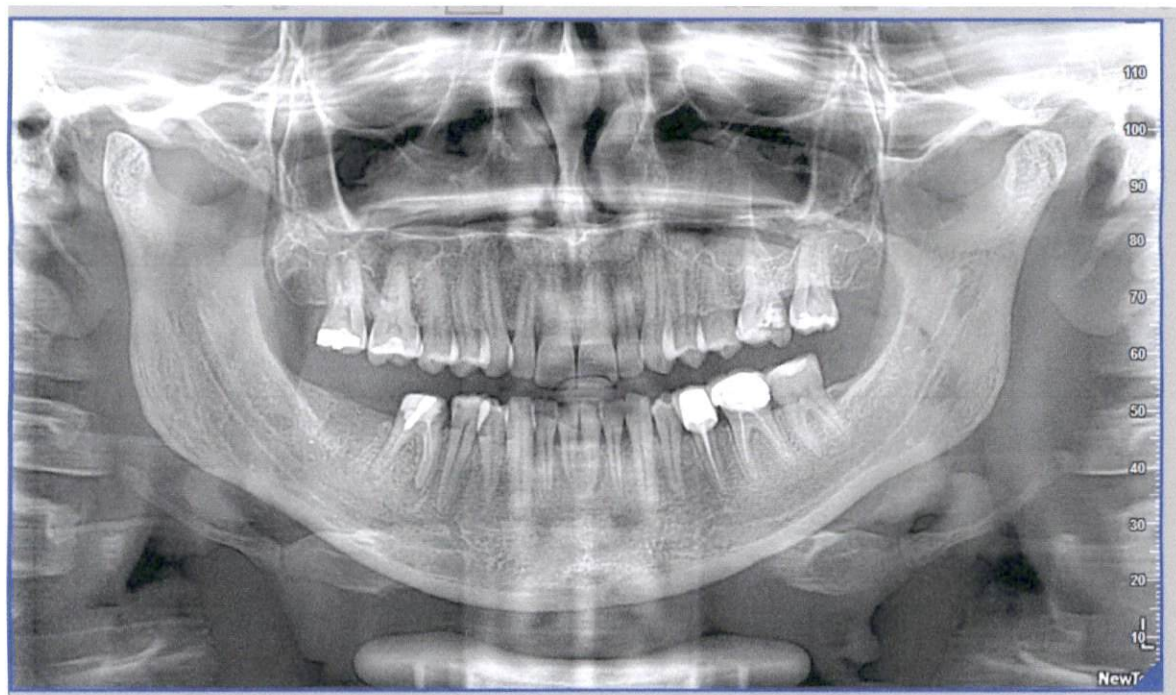
Pr. Younès LAALOU
Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire-FMD. Casablanca
C.E.S de Biomatériaux Dentaires
C.E.S de Prothèse Fixée
C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle
C.E.S de Prothèse Adjointe Totale
C.E.S de Parodontologie
Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-Faciale .Paris VII

IDENTIFIANT FISCAL N° 40909050
PATENTE N° 36349995
ICE N° 00161 343 80 000 68
CNSS N° 6405022

Casablanca, le 28/11/2019

Patient (e): EL ANDALOUSSI Batoul



- Sinus libres
- Absence de la 18,28 38,47 et 48
- Pas de pathologie osseuse

Pr. LAALOU Younès

Pr. LAALOU Younès
Prothèse Fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid - Angle Rue
des Papillons Quartier Oudis - Casablanca
Tél : 0522 88 51 38 - 0522 99 66 16
Fax : 0522 25 37 68 - 0662 12 81 46

34, Bd abderrahim bouabid -Casablanca-Tél : 0522985134/0522996616 GSM : 06 65 169 169 (Urgences)

E-mail : cabinetdentairelaalou@gmail.com

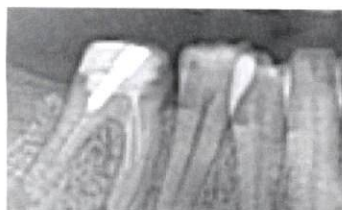
Pr. Younès LAALOU
Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire-FMD. Casablanca
C.E.S de Biomatériaux Dentaires
C.E.S de Prothèse Fixée
C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle
C.E.S de Prothèse Adjointe Totale
C.E.S de Parodontologie
Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-Faciale .Paris VII

IDENTIFIANT FISCAL N° 40909050
PATENTE N° 36349995
ICE N° 00161 343 80 000 68
CNSS N° 6405022

Casablanca, le 28/11/2019

Patient (e): EL ANDALOSSI Batoul



Pr. LAALOU Younes

Pr. LAALOU Younès
Prothèse Fixée
34, Bd Abderrahim Bouabid - Casablanca
des Papillons Quartier Oudjda - Casablanca
Tel : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16
0522 25 37 68 - 0522 12 81 46