

## 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.

N° W19-488417

10L38

CH

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : LAHLALI			
Société : 8979			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdelrahman
Nom & Prénom : LAHLALI			
Date de naissance : 22-07-1969			
Adresse :			
Tél. : 0661 32 23 70 Total des frais engagés : ..... Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Pr. LAALOU Younès</b> Prothèse Fixée / Implantologie 34 Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons Quartier Oasis Casablanca Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 46 0522 25 37 68 - 0522 12 81 46			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL ANDALOUSSI BATAOU Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Pr. LAALOU Younès</b> Prothèse Fixée / Implantologie 34 Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue des Papillons Quartier Oasis Casablanca Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 46 0522 25 37 68 - 0522 12 81 46			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>29 NOV. 2019</b>			
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 : 29/11/2019

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.	
Matricole : ..... Nom de l'adhérent(e) : ..... Total des frais engagés : ..... Date de dépôt : ..... Coupon à conserver par l'adhérent(e) : <b>Accueil siège/Ram</b>	

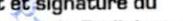
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	15/10/1999	Radioscan	216.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 09/99 DK 036
	02/11/1927	obturation au composite	D15	MONTANTS DES SOINS 5000,-
	03/11/1924	obturation au composite	D15	DEBUT D'EXECUTION 15/10/19
	07/11/1923	obturation au composite	D15	FIN D'EXECUTION 28/11/19
	19/11/1926	rapissage de dentier	D25	
	28/11/1925	obturation	D15	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr LAALOU Younès  
Prothèse Fixée / Implantologie

~~34, Bd Aboukir - Casablanca - Tel. 0522 93 51 34 - 0522 96 66 16~~

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
<b>TOTAL</b>		<b>5 250,00 DH</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Cinq mille deux cent cinquante DH

**Signature du Praticien**

Pr. LAALOU Younes  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons Casablanca-Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 25 37 68 - 0522 25 37 68 - 0662 12 31 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 Younes

Pr. LAALOU Younes  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34 Bd Abderrahim Bouabid - Angle Rue  
des Papillons Quartier Oassis - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 31 - 0522 99 66 16  
Tél : 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](mailto: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

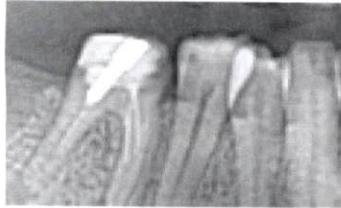
PATENTE N° 36349995

ICE N° 00161 343 80 000 68

CNSS N° 6405022

Casablanca, le 28/11/2019

Patient (e): EL ANDALOUSSI Batoul



Pr. LAALOU Younes

Dr. Laalou Younès  
Dentiste  
Prothèse Fixe  
Abderrahim Bouabid - Casablanca  
34, Bd Abderrahim Bouabid - Casablanca  
des Papillons - Quartier Ouhad - Casablanca  
Tél: 0522 98 51 34 - 0522 99 99 16  
0522 25 37 68 - 0522 12 81 46