

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 *NSIR OCC RID*

N° W19-445111

MD = 17465

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8379

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LAHLALI

Abdelrhakim

Nom & Prénom :

Date de naissance :

22-07-69

Adresse :

123

Belle rue Sidi - arr. 4000

Télé. :

0661322370

Total des frais engagés :

1455 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

NSR

Dr LAALOU Younes
Prothèse Fixée / Implantologie
34 Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue
des Papillons Quartier Ouled - Casablanca
Tél : 0522 99 51 34 - 0522 99 66 16

Daté de consultation :

30/10/2010

Nom et prénom du malade :

LAHLALI

Age :

30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Sens de tête

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 :

14-11-19

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14-11-2010

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-445111

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 :

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 |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie RABII AL MOUTAHAB Rabii FATHALLAH Docteur en Pharmacie Lot. Al Moustakab GH 34 Imm. T Sidi Moustapha Tel. Fax: 0524 42 00 00 | 30/10/03 | 55,- |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : DB140112034 |
|------------------------------|--|--|-------------|---------------------------------------|
| | 2 4 | obtuse au supposi | DIF | COEFFICIENT DES TRAVAUX DIF, D12x2 |
| | | Détonnage en 8 | D12x2 | MONTANTS DES SOINS 1400,00 |
| | | 2 Séances | | DEBUT D'EXECUTION 30/10/18 |
| | | | | FIN D'EXECUTION 30/10/18 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AUTORISANT L'EXECUTION
Pr. LARROU Younes
Prothèse Fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue
des Palmiers Quartier Oasis - Casablanca
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16

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

M. LAHLALI ABDELHAKIM

Reçu de paiement

le 30/10/2019

Payé à ce jour la somme de : 1 400,00 DH

Arrêté le montant du reçu à la somme de :

Mille quatre centDH

Mode de règlement : Chèque



Pr.Younès Laâlou

Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire - FDM 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 30/10/19.....

M^R LAALOU ABDELHAKIM

55,00

- A nodil 28/5

ICP 28/5 molt 75

Pharmacie RABBI AL MOUSTAKIM
Rabbi EATHALLAH
Docteur en Pharmacie
Lot. Al Moustakim 34 Imm. T 30
Sidi Maârouf Casablanca
Tel. Fax: 022 30 30 30

PPV: 55,00 DH
LOT: 619297
PER: 01/21

Pr. LAALOU Younes
Prothèse Fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue
des Papillons Quartier Oasis Casablanca
Tel.: 0522.98.51.34 / 0522.99.66.16

Dr LAALOU Younès
Chirurgien Dentiste
34, Bd Abderrahim bouabid
angle rue des papillons Quartier
Oasis
20410 casablanca Maroc

Tél: 05 22 98 51 34

ICE: 00161343800068
INP: 094012036
IF: 40909050
CNSS: 6405022



Oasis
Dental
Clinic

Note d'honoraire N°: 224-10F-2019

Date : 30/10/2019

M. LAHLALI ABDELHAKIM

| Nom de l'acte | Code | Lettre clé+Coeff | Dent(s) | Montant |
|--|------|---------------------|---|--------------------|
| Séance de détartrage complet sus et sous-gingival | D708 | D 12 | 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 | 400,00 DH |
| Séance de détartrage complet sus et sous-gingival | D708 | D 12 | 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 | 400,00 DH |
| Curetage et obturation coronaire de cavité composée de 3 faces et plus | D702 | D 15 | 24 | 600,00 DH |
| TOTAL | | | | 1 400,00 DH |

Mode règlement : Chèque

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille quatre cent MAD

Signature du praticien
Pr. LAALOU Younès
Praticien自由
34, Bd Abderrahim Bouabid - Casablanca
des Papillons Quartier Oasis - Casablanca
Tel : 0522 98 51 34 - 0522 99 68 16