

## 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.

### 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° W19-445111

MD = 17465

RID

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8979 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLALI Abdelhakim

Date de naissance : 22-07-69

Adresse : 122 Belle rue sidi saïd

Tél. : 0661322370 Total des frais engagés : 1455 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAALOU Younés  
Prothèse Fixée / Implantologie  
34 Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons Quartier Oudjda - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16

Date de consultation : 30/10/2019

Nom et prénom du malade : LAHLALI

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Soins de suite

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

Le : 14/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie RABIL AL MOUSTAKH Rabil FATHALLAH Docteur en Pharmacie Lot. Al Moustakhal GH 34 Imm. T 80 Sidi M'achout Sétif 23000 Tél. Fax : 03 41 23 00 00</p>	30/10/19	55,-

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

[illegible]

\* 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 : <u>0314011219314</u>						
	24	obturac D15		COEFFICIENT DES TRAVAUX						
		ou cortège								
		Détartrage		MONTANTS DES SOINS						
		en D12x2								
		2		DEBUT D'EXECUTION						
		Séance								
				FIN D'EXECUTION						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	
	H									
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	
	G									
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 ATTESTANT L'EXECUTION

**Pr. L. LALLOU**  
 Prothèse Fixée / Implantologie  
 34, Bd Abderrahim Bouabid Angle Rue  
 des Papillons Quartier Oasis - Casablanca  
 Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pr. EL KARROUÛ**  
**Prothèse Fixée / Implantologie**  
34, Bd Abdelrahim Bouabid Angle Rue  
des Papillons 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 cent DH

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



Oasis  
Dental  
Clinic

Casablanca, le 30/10/19.....

MR LAHIAJ ABDELHAKIM

55,00

- Anodil 2 g

1CP 2x/j pelt 7j

Pharmacie RABII AL MOUSTAN  
Rabii EATHALLAH  
Docteur en Pharmacie  
Lot. Al Moustakimich 14 Imm. T 30  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel. Fax: 022 99 66 16

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

**Dr. LAALOU Younès**  
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
			<b>TOTAL</b>	<b>1 400,00 DH</b>

Mode reglement : Chèque

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille quatre cent MAD

Signature du praticien

*Pr. LAALOU Younès*  
Praticien Frère - Impasse  
34, Bd Abderrahim Bouabid - Casablanca  
angle rue des papillons Quartier Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 98 51 34 - 0522 99 66 16