

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Alal 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

M23-000480 20-977

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0811 Société : MUPRAS
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Said Ben Ali Yacine
 Date de naissance : 4-4-1932
 Adresse : Rue 4- N° 3 - Casablanca
 Tél. : 0661141215 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Youssef LARAKI
 Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE
 40 Rue Abou El Wakt 1^{er} Etage N° 20
 Quartier Bourgogne Casablanca
 Tél. 0522 20 00 14
 Date de consultation : 28/03/24
 Nom et prénom du malade : LAHBABI BADIA Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie bucco-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 : Casablanca le : 30/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25.03.24	CG		200 DK	Youssef LARAKI Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE 40 Rue Abou El Wakt 1 ^{er} Etage N° 20 Quartier Bourgogne Casablanca Tél. 0522 20 00 14

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

AUXILIAIRES MEDICAUX


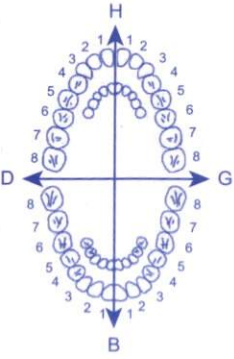
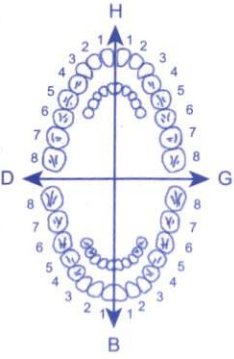
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
	43 44	EXO	D200	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div>D60</div>														
	45	chirurgicale	3		MONTANTS DES SOINS <div>3000 DHS</div>													
			=D60															
				DEBUT D'EXECUTION <div>25.03.24</div>														
					D'EXECUTION <div>25.03.24</div>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <div></div>															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <div></div>														
				DATE DE L'EXECUTION <div></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Youssef LARAKI
Docteur en Chirurgie Dentaire
parodontiste - implantologiste
Ancien Attaché de l'Institut de Stomatologie de Paris VI
40 Rue Abou El Wakt 1^{er} Etage N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14 - Fax 05 22 20 53 93

+

YOUSSEF LARAKI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Parodontiste – Implantologiste

Ancien Attaché de l'Institut

De Stomatologie de Paris VI

Casablanca le 25/03/2024

FACTURE POUR MME LAHBABI BADIA

Je Soussigné DR.YOUSSEF LARAKI, Atteste que MME LAHBABI BADIA
a honoré la somme de DEUX CENTS DIRHAMS (200dh) pour consultation

Ce document est fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

Youssef LARAKI
Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE
40 Rue Abou El Wakt, 1^{er} Etge N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14

IF : 40517895

ICE : 001677926000042

N° PATENTE : 35603024

INP : 094011160

+

YOUSSEF LARAKI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Parodontiste – Implantologiste
Ancien Attaché de l'Institut
De Stomatologie de Paris VI

Casablanca le 25/03/2024

FACTURE POUR MME LAHBABI BADIA

Je Soussigné DR.YOUSSEF LARAKI, Atteste que MME LAHBABI BADIA
a honoré la somme de TROIS MILLE DIRHAMS (3000dh) pour extraction chirurgicale des dents
43/44/45(coefficient : D60)

Ce document est fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

IF : 40517895
ICE : 001677926000042
N° PATENTE : 35603024
INP : 094011160

Youssef LARAKI
Dr EN CHIRURGIE DENTAIRE
40 Rue Abou El Wakt 1^{er} Etage N° 20
Quartier Bourgogne Casablanca
Tél. 0522 20 00 14