

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

M24-0011066

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Mupras-0811 Société : R.A.H 204990

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Said Ben Ali Yaala

Date de naissance : 7-4-1932

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} Etge N° 20
Quartier Fourgogne - Casablanca
Tél. 0522 20 00 14

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAHBAZI 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 : 08 / 04 / 2024

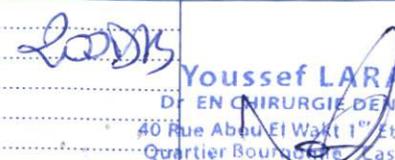
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

FR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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
08/04/29	Consultation	1	1000	 Youssef LARAKI D ^R EN CHIRURGIE DENTAIRE 40 Rue Abou El Wakt 1 ^{er} Etge N° 20 Quartier Bouhassane Casablanca Tél: 0522 20 00 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DAR NAÏME Sofia NAÏME Lot Sofia 2 Rue Hassan N°7 Hay El Hana - Casablanca Tél: 0522 95 15 37	08/04/29	118.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

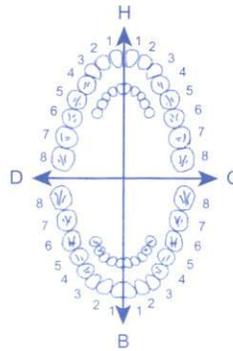
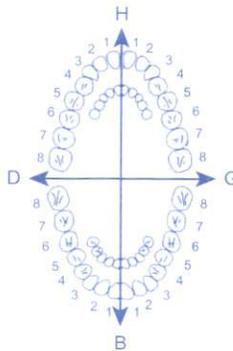
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca Le, 08/04/2024

Madame LAHBABI BADIA

157.20

1 AUGMENTIN 1G

N : 157.20 DH
LOT : 653287
PER : 07/25

Matin Midi Soir
 Apres Avant

40.00

2 SOLUPRED 20MG 4J

PPV: 20 DH 80
PER: 11/25
LOT: M4051

Matin Midi Soir
 Apres Avant

*en 1 seule prise
le matin*

10.20

3 CODOLIPRANE 4J

Matin Midi Soir
 Apres Avant

4 ARNICA 9CH 7J

Matin Midi Soir
 Apres Avant

PPU 40DH00
EXP 10/2026
LOT 38013 7

*3 à chaque 3 heures
deure*

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

218.00

PHARMACIE DAR NAJME
Sof'a NAJME
Lot Sofia 2 Rue Hassane N°7
Hay El Hana - Casablanca
Tél : 0522 55 15 37