

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'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

M23-010713

- ☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1424 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA
 Date de naissance : 18-04-1952
 Adresse : 15, Rue 2 HAY SALAM CIL CASABLANCA
 Tél. : 0669795094 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/08/23
 Nom et prénom du malade : DAHIBI MAYAT Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dr. EL JAMII Mohamed Chirurgien dentiste
 Affection longue durée : Mosquée IRAWI 1 étage Appt N° 2 Ryad El Oulfa (1) - Casablanca
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie :
 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 : 08/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0010713

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][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie d'Oran 100, rue de la Casbah - 26020 Tél: 05 22 93 04 93	10/08	15.000	
	23	20.000	200.00

[illegible]

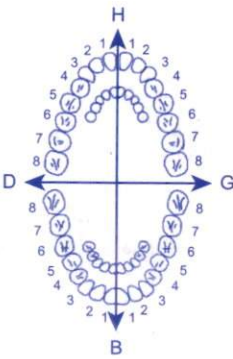
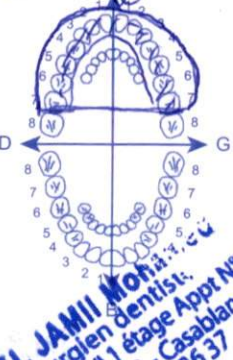
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																									
				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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="0773"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
B																												
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <i>Prothèse Adjont Sup du Max. Bas</i>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3500,00"/>																									
<i>Dr. EL JAMIL Mohamed</i> Chirurgien dentiste Mosquée RAWI 1 étage Appt N° 2 Ryad El Oulfa (1) - Casablanca Tel.: 05 20 30 36 37			DATE DU DEVIS <input type="text" value="08/08/23"/>																									
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

Dr. EL JAMIL Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée RAWI 1 étage Appt N° 2
Ryad El Oulfa (1) - Casablanca
Tel.: 05 20 30 36 37

Dr. EL JAMIL Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée RAWI 1 étage Appt N° 2
Ryad El Oulfa (1) - Casablanca
Tel.: 05 20 30 36 37

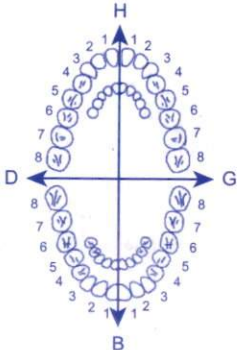
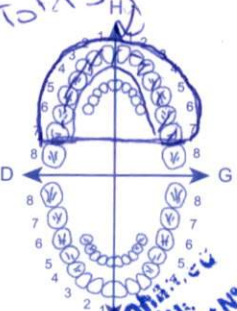
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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																									
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
<p>Tout Sup du Max. Bas</p> 	<table><tr><th colspan="2">H</th><th colspan="2">G</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><th>D</th><th></th><th></th><th>B</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr></table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
				MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								

Dr. EL JAMIL Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée IRRAW 1 étage Appt N° 2
Ryad El Oulfa (1) - Casablanca
Tél. : 05 20 30 36 37

Dr. EL JAMIL Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée IRRAW 1 étage Appt N° 2
Ryad El Oulfa (1) - Casablanca
Tél. : 05 20 30 36 37

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



د. الجامعي محمد

Dr.El Jamii Mohamed

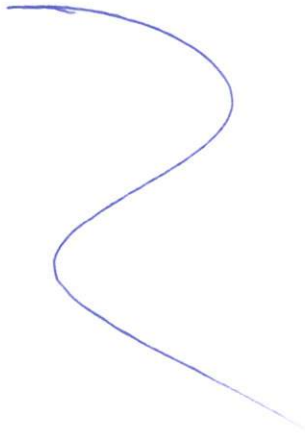


Le : 08-08-23...

ORDONNANCE

DATIIBI MAYAT

R> Ponçage à faire



Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 96 98

Dr. EL JAMII Mohamed
Chirurgien dentiste
Mosquée IRAWI 1 étage Appt N° 2
Riyad El Oulfa (1) - Casablanca
Tél : 05 20 30 36 37

Orthodontie - Implantologie - Soins - Prothèse - Blanchiment

📍 Mosquée IRAWI, 1 étage, App N° 2 Riyad al Oulfa «1», Casablanca

☎ 05 20 30 36 37

✉ dr.mohamedeljamii@gmail.com

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 10/08/2023

FACTURE N°08226/2023

NOM & PRENOM: DAHIBI HAYAT

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC


Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabiï - Rue 50, N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 04 93


Dr Bouchaib ELMDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabiï – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 10/08/2023

PATIENT : **DAHIBI HAYAT**
MEDECIN TRAITANT : **DR. EL JAMII MOHAMED**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

**RADIOLOGIE
EL OULFA**

- Dentition incomplète.
- Caries et soins dentaires.
- Prothèse dentaire (bridge) au niveau mandibulaire.
- Prothèse dentaire radio transparente maxillaire en place.
- Alvéolyse au niveau du secteur 4.
- Intégrité des canaux mandibulaire.
- ATM d'aspect normal.

Confraternellement
DR. ELM DARI BOUCHAIB

N.C**

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 04 93



D

AVEC PROTHESE