

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-417176

11466

CA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9701 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GADRWZ RACHID

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : HAS

Tél. : 9247 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-417176

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 : 11466

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :




### 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
				INP : <input type="text"/>

### 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
	19/9/19	280	1800 DHS

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

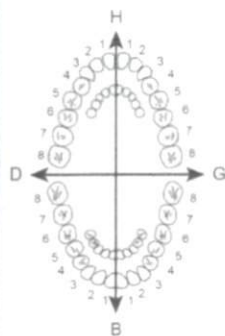
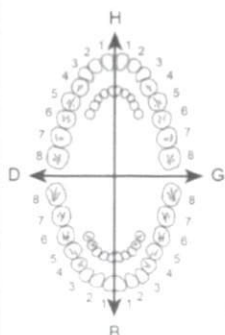
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
		Canale DC		<b>Dr BERNOUSSI AICHA</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> 239, Avenue Ouh Zabli Et Oulfa B - Casablanca Tél : 05 22 90 18 04														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="200"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="24-09-"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
<table border="1"> <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>11433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433552	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433552																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr BERNOUSSI AICHA**  
**Chirurgien Dentiste**  
 239, Avenue Ouh Zabli  
 Et Oulfa B - Casablanca  
 Tél : 05 22 90 18 04





الدكتورة البرنوصي يحيياوي عائشة  
Dr Bernoussi Aïcha ep. Yahyaoui

طبيبة في جراحة الأسنان

Chirurgien Dentiste

الدار البيضاء , في ..... 21-9-19 Casa blanca , le

M<sup>re</sup> Gachauz Rachel

Cone Beam

~~Dr BERNOUSSI AÏCHA~~  
Chirurgien Dentiste  
239, Avenue Oum Rabii  
El Oulfa B - Casablanca  
Tél : 05 22 90 18 04

الخبز بالأسنان  
Radiologie Oued El Maknassi  
12, Rue d'Alger - CASABLANCA  
Tél : 05 22 22 08 10/05 22 22 26 58



aichabernoussi@hotmail.com



05 22 90 18 04



06 02 29 42 08

(En Cas D'urgence)



239, Bd. Oum rabii - Appt. N° 1 - El Oulfa - Casablanca

239, شارع أم الربيع - الشقة رقم 1 الألف - الدار البيضاء





# الفحص بالأشعة واد المخازن Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد برادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبيلي

CASABLANCA , LE : 19/09/2019

IRM

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

GONOMETRIE  
Numérisée

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

## EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA19/5554

GADROUZ RACHID

ICE :

REF.NN.

Désignation	Quantité	P.U	Montant
DENTA SCANNER	1,00	1 000,00	1 000,00

Total

1 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 013780 01096 000105 001 05 48/ BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA.  
CNSS 1707572-PATENTE 355003945 IF 40400480 ICE 001598548000033





Cabinet de médecine dentaire

Identifiant fiscale : 51484150	CNSS : 2626440
ICE : 001913940000079	Patent : 36017420
INP : 094013703	N° d'ordre : 529

FACTURE N° (235119)

Date : 21-9-19

Nom et prénom du patient : Gadenz Rachid

Assurance : MUPAAS

Type de travaux réalisé : Consultation

Montant de la facture : 200 DM

Paiement : espèce: 200 chèque: VIREMENT :

Arrêté la présente facture à la somme : Deux cents DM

Dr BERNOUSSI AÏCHA  
Chirurgien Dentiste  
239, Avenue Oum Rabi  
El Oulfa B - Casablanca  
Tél : 05220901804





# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

الدكتور خالد برادة السونني

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

خريج كلية الطب  
بمونبولىي

I.R.M

CASA-LE, 19.09.2019

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

NOM : GADROUZ RACHID  
DR : BERNOUSSI AICHA

DENTA-SCANNER

### DENTA SCANNER MANDIBULAIRE

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

**Indication :** L'examen est effectué avec un logiciel de reconstruction spécifique CONE BEAM.

RACHIS ENTIER  
Numérisée

### PROTOCOLE D'EXAMEN

Examen réalisé sur un appareil SIRONA 3D.

L'examen a compris dans un premier temps des coupes axiales jointives de 1 mm.

GONOMETRIE  
Numérisée

Dans un second temps, à l'intérieur de ce bloc ont été réalisées des reconstructions verticales et transversales tous les 1 mm.

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

Ces reconstructions sont en taille réelle, les distances sont directement mesurables sur les icônes.

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

### RESULTAT

MAMMOGRAPHIE  
Numérisée

- Minéralisation osseuse satisfaisante.
- Parodontite.
- Multiplacunes péri radiculaires.
- Carie et résidu radiculaire de la 44.
- Prothèses du maxillaire supérieur et inférieur.
- Le nerf alvéolaire inférieur droit est en position linguale.

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

- La crête alvéolaire :

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

Site	Numéro d'images	Hauteur	Epaisseur
45	7→10	16.06 mm	3.61 mm

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

DR. BERRADA SOUNNI K  
Avec mes amicales salutations.

RADIO - PHOTO

12, زنقة الجزائر العاصمة - الدار البيضاء (ساحة واد المخازن) الهاتف : 05 22 29 96 41 / 05 22 22 26 56 الفاكس : 05 22 29 94 72

12, Rue d'Alger - Casablanca (Place Oued Makhazine) - Tél : 05 22 29 96 41 / 05 22 22 26 56 - Fax : 05 22 29 94 72

Email : radiologie.om@gmail.com



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براءة السوني

خريج كلية الطب  
مونتبيلير

CASABLANCA, LE : 19/09/2019

I.R.M

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

GONOMETRIE  
Numérisée

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA19/5554

GADROUZ RACHID

ICE :

REF.NN.

Désignation	Quantité	P.U	Montant
DENTA SCANNER	1.00	1 000,00	1 000,00

Total 1 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille Dirhams

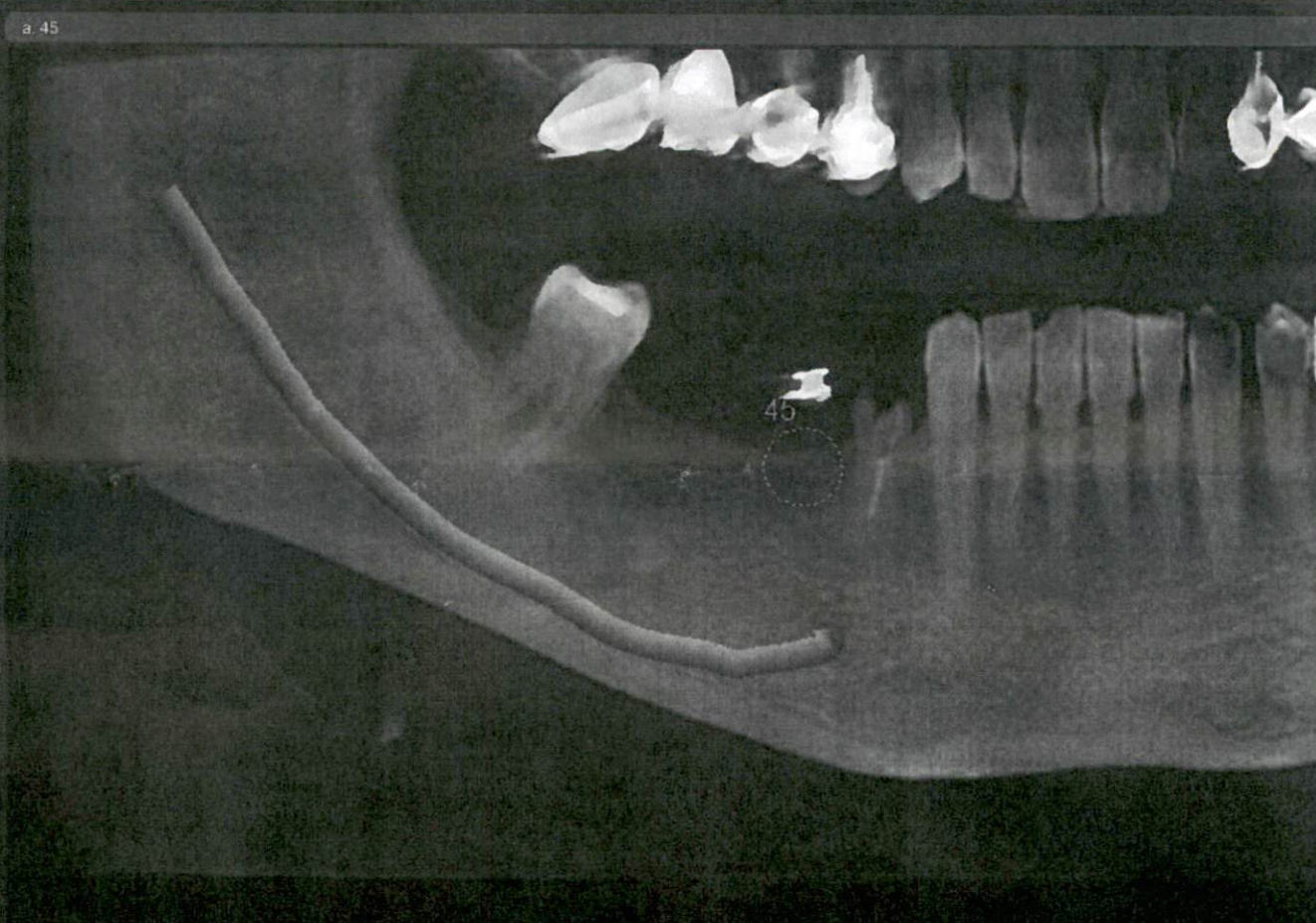
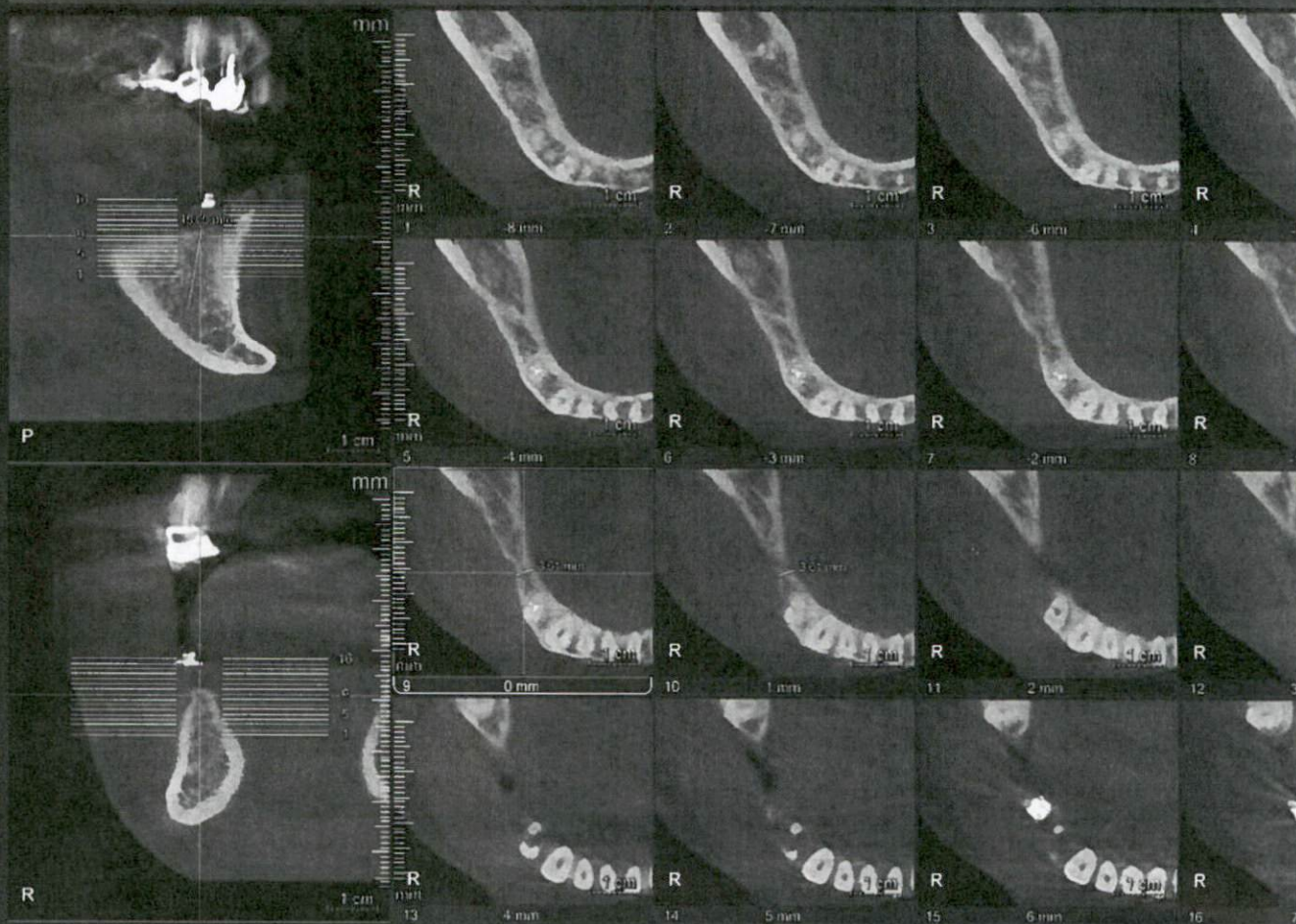
Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° 013780 01096 000105 001 05 48/ BMCI RUE D'ALGER CASABLANCA  
CNSS 1707572-PATENTE 355003945 IF 40400480 ICE 001598548000033

12, زقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 94 72 / 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - الفاكس : 05 22 29 94 72  
12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72  
Email : radiologie.om@gmail.com

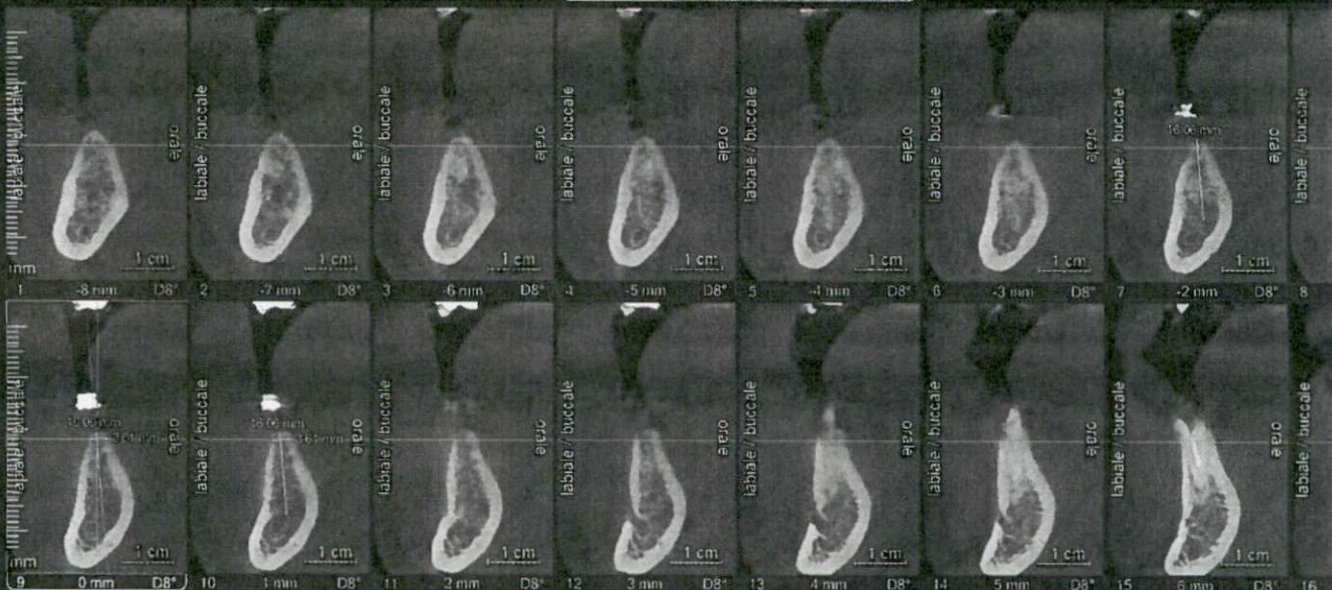
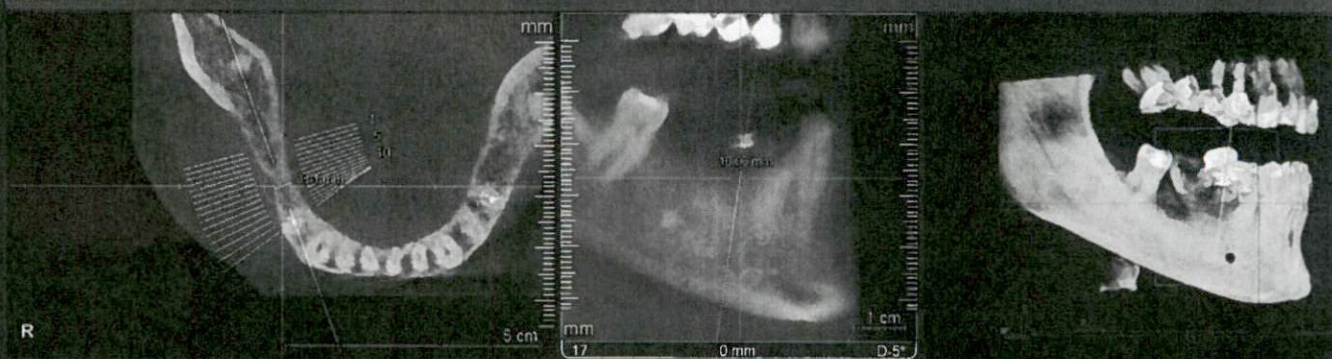


3.45





a. 45



a. 45

