

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'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-417176

11466

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	97-1	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GADRANZ RACHID			
Date de naissance : 07-06-1967			
Adresse : HAB			
Tél. : 92 47			
Total des frais engagés : 257,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
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).	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

06 DEC. 2019

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Accident _____

RELEVE 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 : 

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
	15/9/19	280	1000 DARS

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

— VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																	
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées <i>Gauze DC</i>	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				Dr BERNOUSSI AICHA													
				Chirurgien Dentiste													
				239, Avenue Oum Babii													
				DESERTO AICHA B. Casablanca													
				Tél : 05 22 90 18 04													
				MONTANTS DES SOINS				<i>200</i>									
				DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION				<i>Dr - g.c.g.</i>									
				CÉDÉTATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>									
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433558</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433558
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
		B	35533411	11433558													
		CÉDÉTATION DU COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
Dr BERNOUSSI AICHA																	
Chirurgien Dentiste																	
239, Avenue Oum Babii																	
DESERTO AICHA B. Casablanca																	

الدكتورة البرنوسي يحياوي حاشرة
Dr Bernoussi Aïcha ep. Yahyaoui

طبيبة في جراحة الأسنان

Chirurgien Dentiste

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

7^م Gadhraouz Rachid

Cone Beam

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

الشخص المسؤول
Dr BERNOUSSI AÏCHA
Radiologie Oued El Makhazin
G 12, Rue d'Alger - CASABLANCA
Tél. : 05 22 22 08 10/05 22 22 26 55

✉ : 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
شارع أم الريح - الشقة رقم 1 الألفة - الدار البيضاء 239



الغوص 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
بموبولي

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

REF.NN.

GADROUZ RACHID

ICE :

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، زنقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 94 72 - الفاكس : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41

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

الدكتورة البرنوسي يحياء بوعنوى
Dr Bernoussi Aïcha ep. Yahyaoui

Cabinet de médecine dentaire

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

FACTURE N°: (235119)

Date : 21-5-19

Nom et prénom du patient : Gadreuz Rachid

Assurance : MUPRAS

Type de travaux réalisé : Consultation

Montant de la facture : 200 Dhs

Paiement : espèce: 200 chèque: VIREMENT:

Arrêté la présente facture à la somme : Deux cent Dhs

239 bd OUM RABII Appt 1 OULFA Code 20220 Casablanca
Tel: 05220901804 mobile: 0602294208 Mail: aichabernoussi@hotmail.com

Dr BERNOUSSI AÏCHA
Chirurgien Dentiste
239, Avenue Oum RABII
El Oulfa B-2 Casablanca
Tél: 0522 22 22 22

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براة السواني

خريج كلية الطب
بمونيولي

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.

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.

Dans un second temps, à l'intérieur de ce bloc ont été réalisées des reconstructions verticales et transversales tous les 1 mm. Ces reconstructions sont en taille réelle, les distances sont directement mesurables sur les icônes.

RESULTAT

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

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

MAMMOGRAPHIE
Numérisée

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

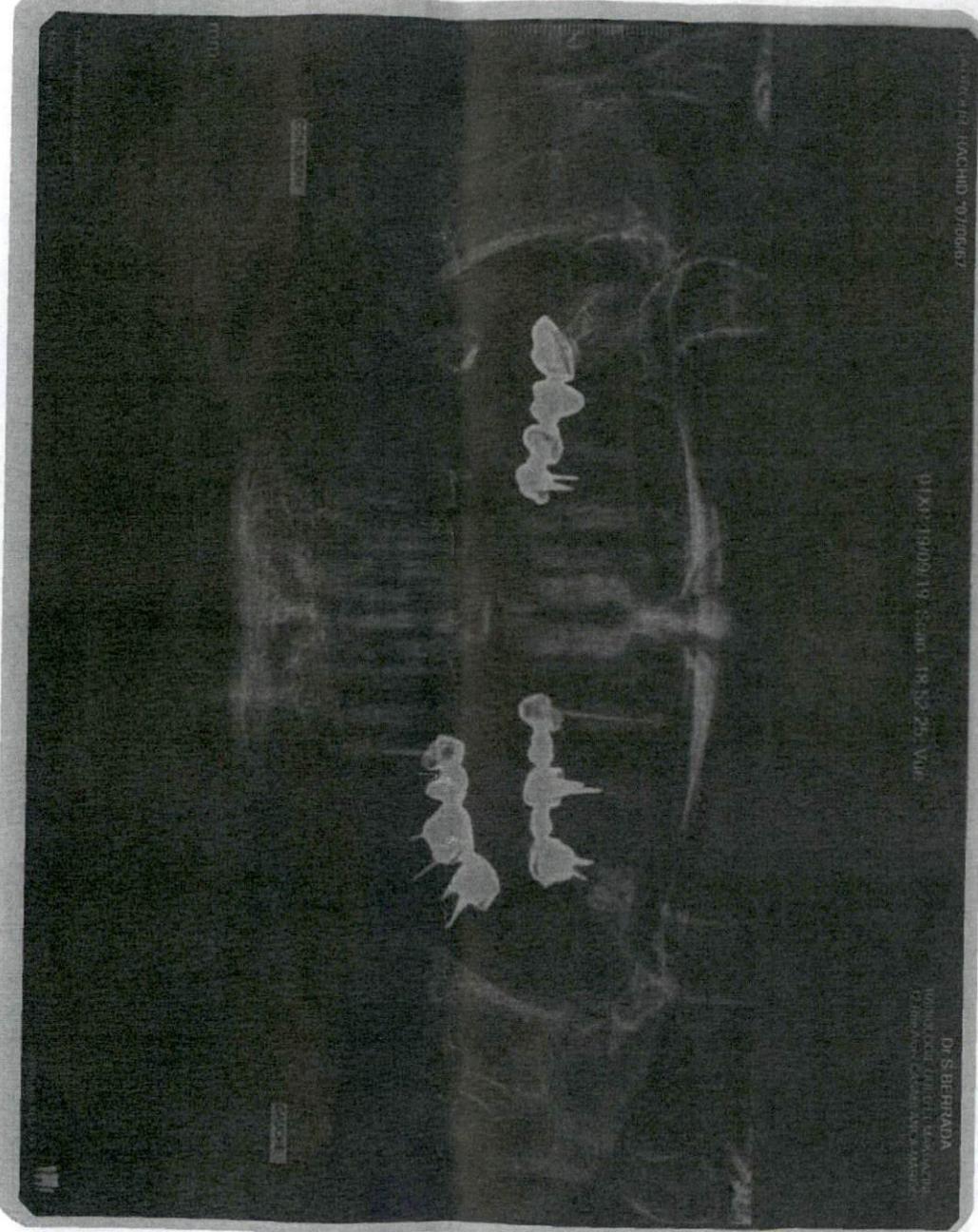
TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

DR. BERRADA SOUNNI K

Avec mes amicales salutations.



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

المدكتور خالد براة السوني

خريج كلية الطب
مغربي

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

REF.NN.

GADROUZ RACHID

ICE :

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

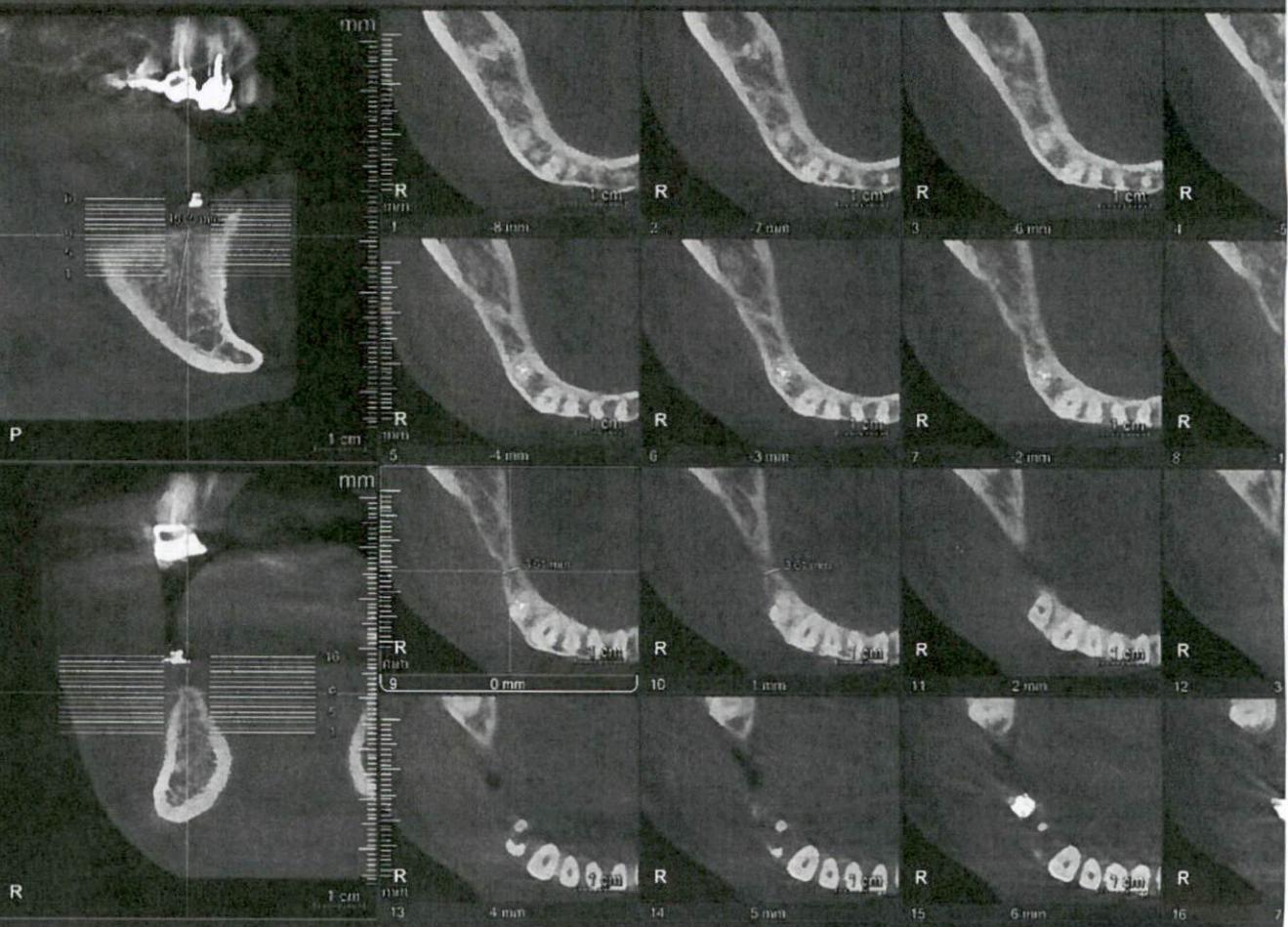
Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

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

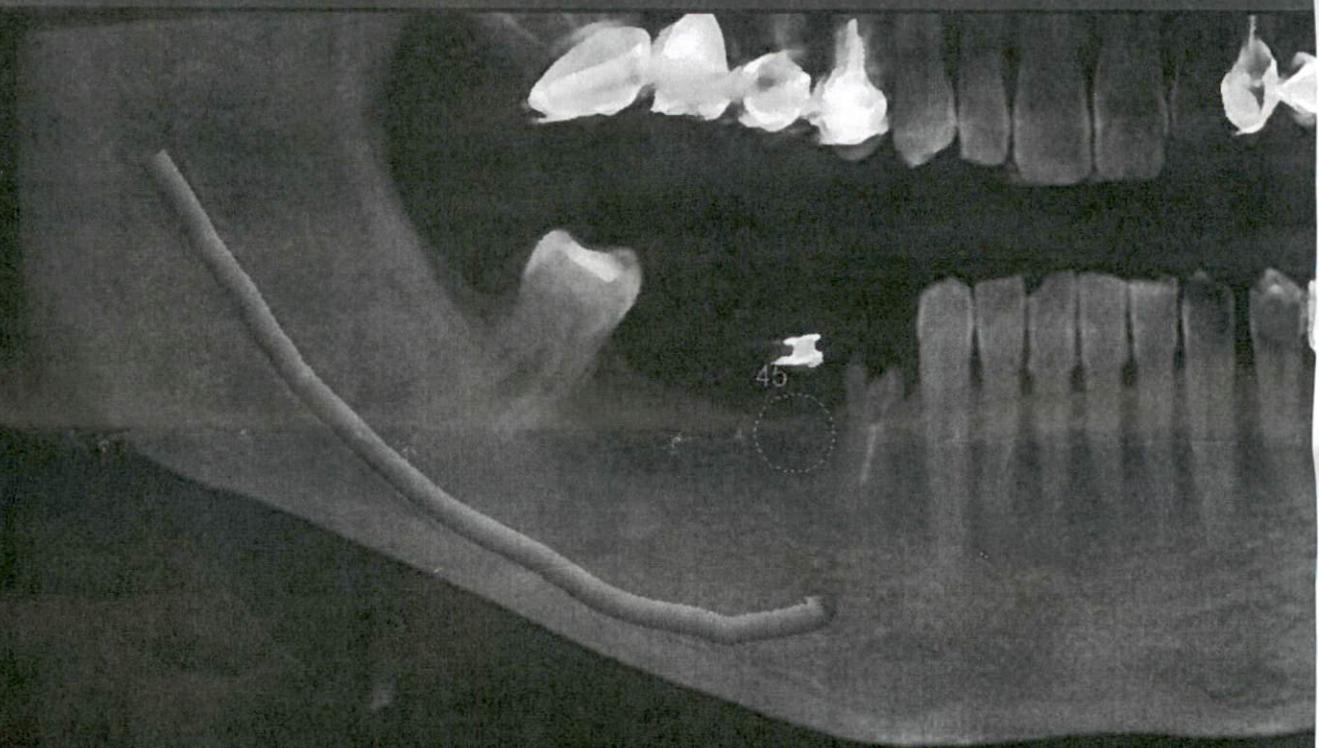
ر.ن.ج. الجزائر العاشرة (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41
12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72
Email : radiologie.em@gmail.com



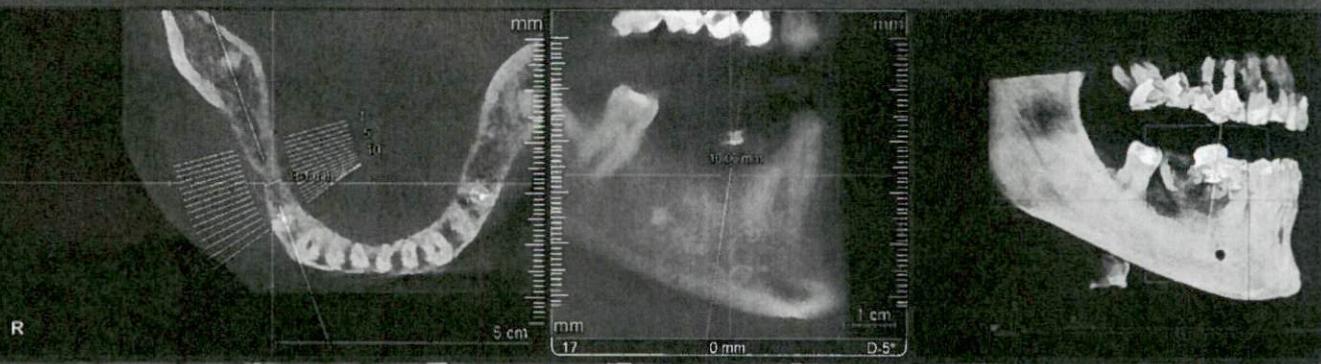
a.45



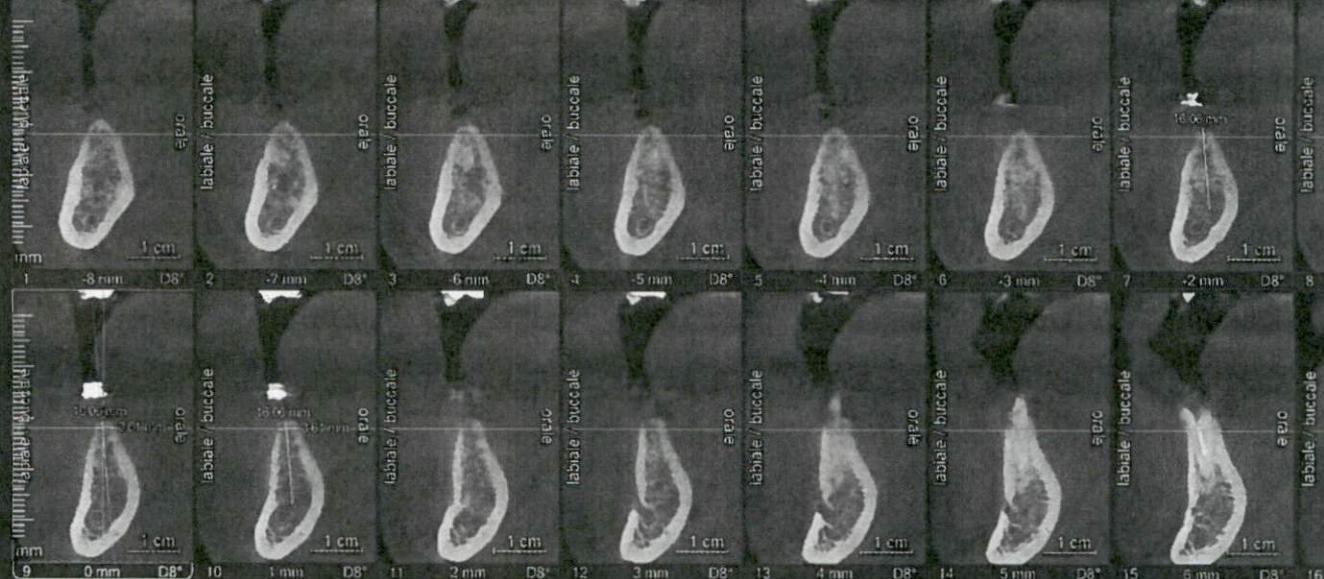
a.45



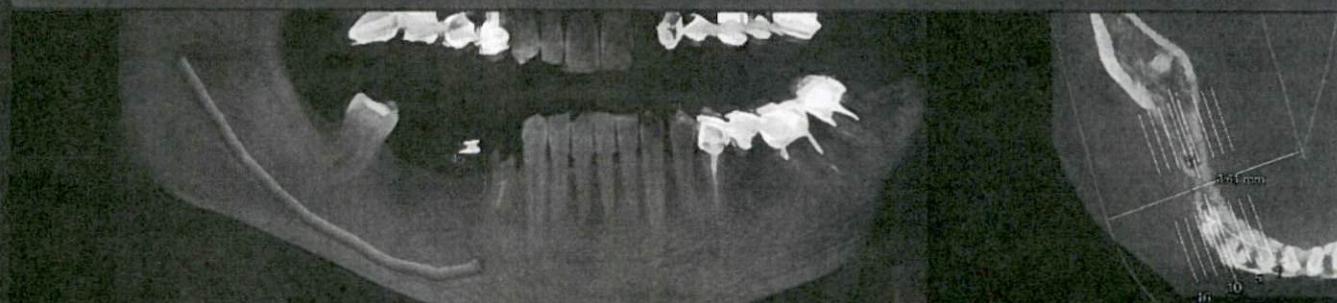
a. 45



R



3.15



R

