

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053100

N° D: 45190

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3710 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DENNOURI MOSTAGA  
Date de naissance : 30-07-1957  
Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE SAMIA 5 ET APP 11  
MERS SULTAN CASABLANCA  
Tél. : 0670930205 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

O.M.L.  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
Résid. ANCOUL, CAPITAL CENTER - 2ème Etage  
Angle Bd. Abdellah - Bd. Anoual - Casablanca  
Tél. 0531 09 90 95

Date de consultation : 07/09/2020  
Nom et prénom du malade : RACHID SAMIA EP DENNOURI Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pharyngite  
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 : 07/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
07/09/2020			G	Pr. BENJELLOUN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ORL 2ème Etage Hôtel ANASSER CAPITAL Boulevard Mohammed VI Casablanca

# 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
RADIOLOGIE DAR SALAM S.R.L. 728, Bd. MOHAMED KETTA CASABLANCA	29/09/2020	BL. maxillaire Scanner	900,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

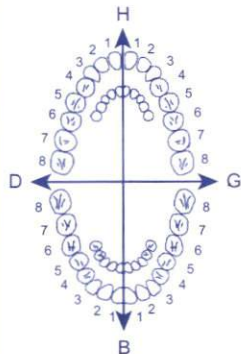
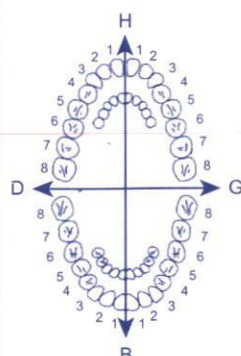
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																
	<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>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur BENJELLOUN Abdelaziz**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur

Facultés de Médecine de Rabat et Casablanca

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie Orale - Chirurgie Maxillo-Faciale

Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face

Troubles du Sommeil et Ronflements

**الدكتور عبد العزيز بن جلون**

أستاذ التعليم العالي سابقا بكليات الطب الرباط و الدار البيضاء

حاصل على شهادة جراحة تقويم وتجميل الوجه بكلية الطب نانتسي (فرنسا)

أمراض الأنف والأذن والحنجرة

جراحة تقويم و تجميل الوجه

أمراض النوم و الشخير

Casablanca, le

**07 SEPT 2020**

Nom :

**Rachid Soumrya Et Dennyouri**

## BILAN D'IMAGERIE :

☐ Radiographie Panoramique Dentaire (Orthopantomogramme)

☒ Blondeau - Scanner

☐ Cône Beam Maxillaire

☐ Cône Beam Mandibulaire

☐ TDM

☐ IRM

☐ Echographie

☐ Scintigraphie

☐ PET Scan

Renseignements Cliniques :

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam  
728, Bd. Mohammed VI  
Casablanca

**Pr. BENJELLOUN Abdelaziz**  
**O.R.L.**  
**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**  
416, Bd. Abdelmoumen  
Tél : 05 22 25 67 29 - 06 61 09 95 95

416, Bd Abdelmoumen, Anoual Capital Center, Entrée A, 2ème étage, N° 12, Casablanca

Tél.: 05 22 25 67 29 - Urgences : 06 61 09 95 95 - E-mail : benjellounmaxillo@gmail.com



Casablanca, le 29/09/2020

Mme RACHID EP DENNOURI SOUMIYA

MEDECIN TRAITANT : Pr BENJELLOUN A.

**TDM DES SINUS**

**INDICATION :** bilan.

**TECHNIQUE :** acquisition spiralée sans injection de PDC iodé.

**RESULTATS**

- Aération normale des sinus frontaux, maxillaires, sphénoïdal et des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures.
- Concha bulosa bilatéraux.
- Cloison nasale en place.
- Méats et ostiums perméables.
- Absence de lésion osseuse.

Amicalement.

Pr ESSODEGUI

**RADIOLOGIE**  
Dar Salam S.C  
728, Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء 20100

05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail:contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079





مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

# FACTURE

Casablanca, le 29/09/2020

Facture N° 6173/2020

NOM PATIENT : RACHID EP DENNOURI  
SOUMIYA

DATE FACTURE :12/10/2020

EXAMENS	MONTANT
BLONDEAU SCANNER: -----	neuf cents (900 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : NEUF CENTS

**RADIOLOGIE**  
**Dar Salam S.C**  
728 Bd. Modibo Keita  
Casablanca

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 شارع موديبو كيتا - الدار البيضاء

☎ 05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail:contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079