

# 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

M22- 0028909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9269**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MOUSTAHSINE AZEDDINE**

Date de naissance : **29/10/1964**

Adresse : **H**

Tél. : **0676 87 83 57** Total des frais engagés : **900,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

ICP: 00 18 23 98 00000  
Casablanca - Tel: 05 22 55 82 1  
65, BD DAKHLA, JAMILA 3-C-D  
Chirurgien Dentiste  
Dr. DERBANI Chouaib

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25/04/2023**

Nom et prénom du malade : **MOUSTAHSINE AZEDDINE**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **cardi**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **28 AVR 2023**

Le : **28/04/2023**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## 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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Professeur Amina GRABLI<br>Radiologue 2 Mars - Sc<br>INPE: 091036176 | 26/04/23 | Rx<br>langue                 | 200,55                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                      |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|--|--|------------------|----------------------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|   | <i>Casher</i>  | D                | <b>INP.: 094015278</b>           |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  | Coefficient des travaux <b>D</b> |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  | Montants des soins <b>1</b>      |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  | Début d'exécution                |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  |  |                  | Fin d'exécution                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412<br/>00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |                                  | H | G | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
| H  | G  |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000   |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| D  | G  |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000   |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411   | 11433553   |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B  |  |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
|    | Coefficient des travaux<br>Montants des soins<br>Date du devis<br>Date de l'exécution  |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> </div> |  |                  |                                  |   |   |                      |                      |   |   |          |          |          |          |   |  |

# Dr. DERBANI CHOUAIB

- Médecin Chirurgien Dentiste  
- Certificat D'études Supérieures  
D'Orhodontie Et Orthopédie Faciale  
Adultes et Enfants

# الدكتور دربانى شعيب

- طبيب جراح للأسنان  
- دبلوم الدراسات العليا  
في تقويم اعوجاج الأسنان  
الكتار والأطفال

Le : 25-04-2023

## Ordonnance

Nom du Patient : Naoufal Sine Azzeddine



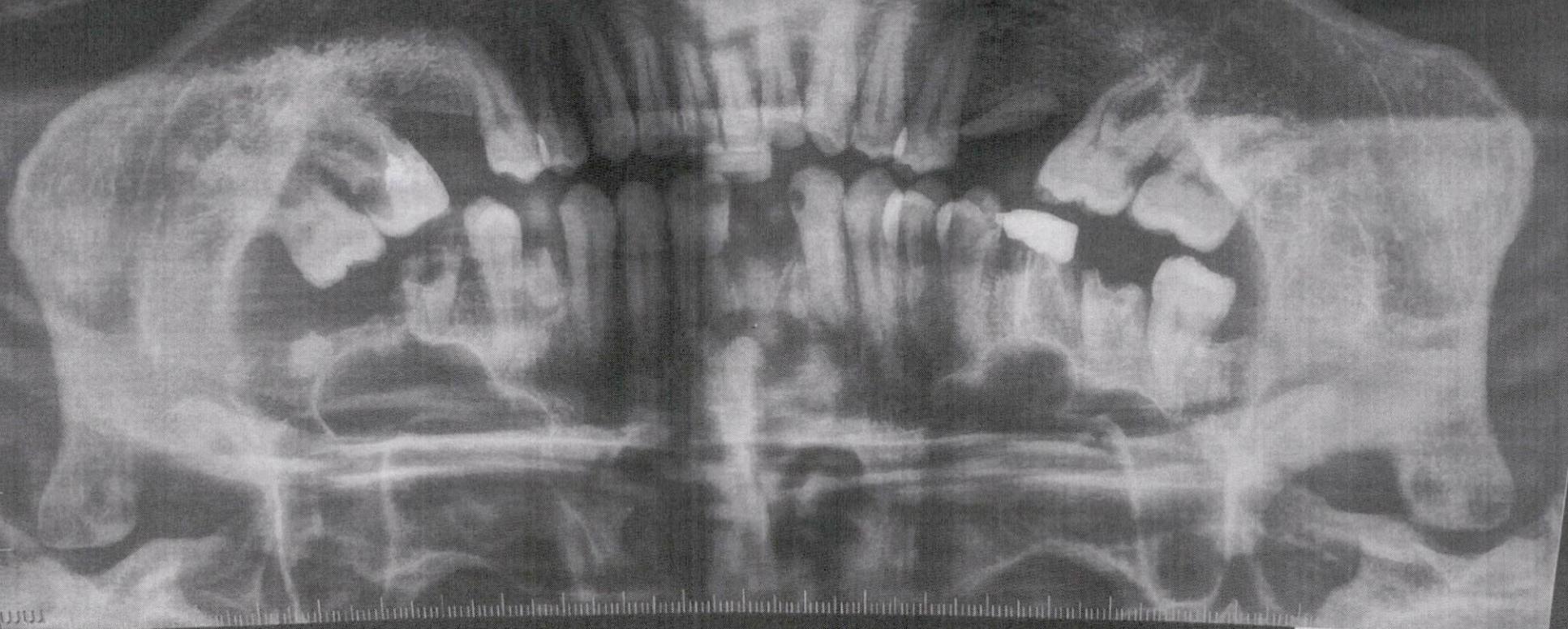
Professeur Amina GHARBI  
Radiologie 2 Mars-Souna  
INPE: 091036178

Dr DERBANI Chouaib  
Chirurgien Dentiste  
65,Bd Dakhla, Jamila 3,CD  
Casablanca - Tél.: 0522 55 08 21

65, Boulevard Dakhla, Jamila 3 Cité Djammâ - Casablanca  
شارع الداخلة - جميلة 3 قرية الجماعة - الدار البيضاء

📞 05 22 55 08 21

dl



01XP 26-04-23 Scan 16.03.30. V16

MOUSTAHINE, AZEDDINE 29-10-64  
RADIODIGIE 2 MARS SOUNA  
CASABLANCA



Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE. (SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

*Casablanca, le 26/04/2023*  
*Mr MOUSTAHSINE AZEDDINE*

### RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE (CONE BEAM)

- *Amalgames dentaires en place.*
- *Multiples caries dentaires maxillaires et mandibulaires.*
- *Absence de lésion radiculaire décelable.*
- *Réduction de la crête alvéolaire maxillaire gauche en regard des sites édentés.*
- *Les deux ATM sont d'aspect normal.*
- *Aération normale des sinus maxillaires.*

*Pr GHARBI A.*

*Avec mes amicales salutations.*

Professeur Amina GHARBI  
Radiologie 2 Mars - Casablanca  
532, Bd 2 Mars - Casablanca  
Tél +212 522 300 111  
+212 522 800 600

Professeur Amina GHARBI  
Radiologie 2 Mars - Casablanca  
532, Bd 2 Mars - Casablanca  
Tél +212 522 300 111  
+212 522 800 600

# RADIOLOGIE

2 MARS - SOUNA S.A.R.L



# الفحص بالأشعة

## 2 مارس - السنة

Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.  
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

Casablanca, le 26/04/2023

Facture N° 03703/2023

Nom patient : **MOUSTAHSINE AZEDDINE**  
Examen(s) réalisé(s) :  
**RADIO PANORAMIQUE:**

Montant : **DEUX CENTS (200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENTS DIRHAMS**

Professeur Amina GHARBI  
Radiologie 2 Mars - Souna  
INPE : 0147536178