

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 00516.76

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1289

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : BATRAS FATMA Veuve AZENKoud amar

Date de naissance : 25/3/1960

Adresse : LOT EL KHAYMA EL N° 84 case

Tél. : 06 49 11 89 36 Total des frais engagés : 5200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/04/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Eclampsie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/06/23	12.000 DENTARO	200.000

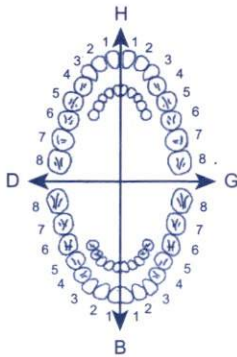
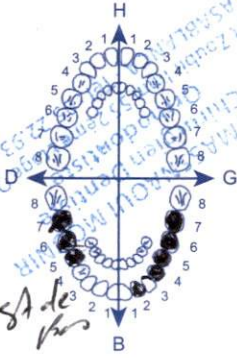
[illegible]

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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D200"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="5000,-"/>														
	<p>SAellite mandibulaire</p> <p>(47 46 45 32 34 35 36 37)</p>			DATE DU DEVIS <input type="text" value="04/04/23"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="20/04/23"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 29/04/2023

PATIENT : **BATRAS FATNA**
MEDECIN TRAITANT : **DR. EL MASSNAOUI Mounir**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

RADIOLOGIE EL OULFA








- Dentition incomplète.
- Prothèses dentaires en place (bridge du secteur 1 et stellite mandibulaire en place).
- Procidence du fond des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Absence de lyse ou de condensation osseuse.
- Les ATM sont d'aspect normal.

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

Confraternellement
DR. ELMDARI BOUCHAIB

I.S*

N° Dossier: 156499 
N° Dossier externe: ACC-01289-06/04/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: BATRAS FATNA
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 07-04-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 07-04-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
10-04-2023	Manuel	ACC D 185 STEL INF 8 DENTS 45 46 47 32 34 35 36 37 S/R RX APRES DR MA

Dr EL MASSNAOUI
MOUNIR
Chirurgien Dentiste
55 LOTISSEMENT ZOUBIR
2 EME ETAGE OULFA
20260 CASABLANCA
MAROC

Tél: 05 22 93 06 42

ICE: 001681700000091

INP: 094171154



Note d'honoraire N°:

Date : 20/04/2023

Mme BATRAS FATNA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
STELLITE BAS	D601		41	5 000,00 DH
TOTAL				5 000,00 DH

Mode règlement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cinq mille MAD

Signature du praticien
Dr. EL MASSNAOUI MOUNIR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot Zoubir Immeuble 2ème Etage
CASABLANCA - Tél : 05.22.93.06.42

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 29/04/2023

FACTURE N°04673/2023

NOM & PRENOM: BATRAS FATNA

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 Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93

Dr Bouchaib EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

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

Dr Mounir EL MASSNAOUI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Enfants et Adultes



Centre Dentaire
Zoubir

الدكتور مونيّر المصناوي

طبيب جراح للأسنان
إختصاصي في تقويم أعوجاج الأسنان
للأطفال والكبار

Casablanca, le : Nom et Prénom :

20/04/2023

BATRAS FATNA

1-Radiographie panoramique

Dr. EL MASSNAOUI MOUNIR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot Zoubir Imm 58 2ème Etage Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05.22.93.06.4.

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

Dr : «prat»

Microfilm 5

RADIOLOGIE EL OULFA
BUTRAGE FATMA 29/04/2023 10h22m08



L

EL OULFA

FATMA

29/04/2023