

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

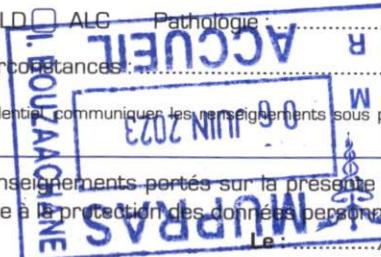
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2114	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ
Nom & Prénom :		ACHIR ABDELGHANI	
Date de naissance :		21-01-1953	
Adresse :		13 RUE MOUSSA AL AYOUBI BOVRIBOGHE VAGA ETG 2 APT 4	
Tél. :		06 28 99 00 25	Total des frais engagés : 250 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 :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	Le : / /		
Signature de l'adhérent(e) :			



Le : / /

## 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
32 10 2023 MERRAD Radiologie 12, Rue d'Alger-Casablanca Tunis - 2522 22 88 10/05	06/06/2023	2-29	250.000

Cachez et signature du laboratoire et du Radiologue	AN
<i>11-10-2025</i>	<i>10/05/2028</i>
<i>MERRALY</i>	<i>12, Rue d'Alger-Casablanca</i>
<i>12, Rue d'Alger-Casablanca</i>	<i>10/05/2028</i>

AUXiliaires MEDICAUX

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

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE DENTAIRE FARABI

Orthodontie - Implantologie - Dentisterie Esthétique

**Docteur Mohamed LAGHDIR**

Chirurgien Dentiste

Lauréat des facultés de Lille et Toulouse (France)

Casablanca, le : 05-06-2023

Dr ACHOUR Abdellah.

deux enfilées

parcours de serrure  
avec protthèse en bouche

Ancalais



**DR .BERRADA SOUNNI K**  
Radiologue

12, Rue d'Alger-Casablanca

Tél. : 0522 22 08 10/0522 22 26 56

45, Bd. Bourgogne, Casablanca - Tél. : +212(0) 522 485 003  
[dr.laghdir@gmail.com](mailto:dr.laghdir@gmail.com)



Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبولي

I.R.M

CASA LE 06.06.2023

SCANNER SPIRALE

CORPS ENTIER - 3D

Multi-barrettes

**NOM : ACHIR ABDELGHANI**

**DR : MOHAMED LAGHDIR**

**EXAMEN : PANORAMIQUE**

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE

Conventionnelle

Numérisée

RACHIS ENTIER

Numérisée

- Matériel prothétique en place.
- Retrait de la crête alvéolaire.
- Trame osseuse homogène.

GONOMETRIE

Numérisée

ECHOGRAPHIE

pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE

Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE

Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO

Biphotonique

PANORAMIQUE

DENTAIRE

Numérisée

TELERADIO A 4 M

Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

**CONFRATERNELLEMENT**  
**DR. BERRADA SOUNNI K.**





Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونيولي

CASABLANCA ,LE : 06/06/2023

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 - PHOTON  
OMCpte BANCAIRE N° : 013780010960001050010548/BMC/ ANGLE RUE D'ALGER ET RUE JEAN JAQUES CASABLANCA  
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

### EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA23/05151

ACHIR ABDELGHANI

ICE :

REF.NN.

Désignation	Quantité	P.U	Montant
PANORAMIQUE	1,00	250,00	250,00
Total			250,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cent cinquante Dirhams

12, زنقة الجزائر العاصمة (ساحة واد المخازن) – الدار البيضاء – الهاتف : 05 22 29 94 41 – 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



ACHIR ABDELGHANI

01/01/1953

0606202310H37

Dr. Demo

