

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## cions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0049778

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00854

Société : RAD

106016

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOURAQ NOHAME

Date de naissance : 05/05/1950

Adresse : 101 Rue Al Massar Casa

20130

Tél. : 0661885621

Total des frais engagés : 450,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR NAIJAR YOUSSEF  
CHIRURGIEN DENTISTE  
258, Bd. Mustapha MAANI  
CASABLANCA - Tél. 05 22 20 20

Date de consultation : 19/01/2022

Nom et prénom du malade : TOURAQ NOHAMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

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 : 20/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue 12, Rue d'Algérie - Casablanca Tél.: 05 22 22 08 10	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 canalaire, ainsi que le bilan d'état de la dent.

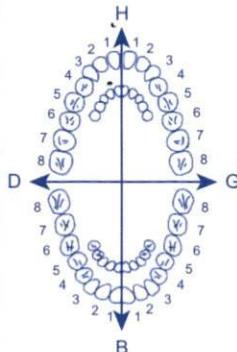
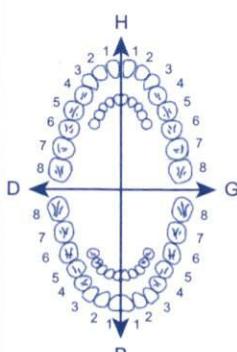
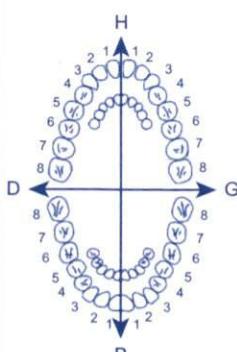
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	<i>md + md</i>	<i>complet</i>	<i>D ~</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>200, DN</i>
 <b>Dr. NABIL AMIN</b> <b>CHIRURGE DENTISTE</b> <b>258, Bd. Mostapha El-Nâjmi</b> <b>CASABLANCA - TÉL. 0522 202 22</b>				MONTANTS DES SOINS <i>200, DN</i>
 <i>19/11/2022</i>				DEBUT D'EXECUTION <i>19/11/2022</i>
 <i>19/11/2022</i>				FIN D'EXECUTION <i>19/11/2022</i>
 <i>19/11/2022</i>				COEFFICIENT DES TRAVAUX 
 <i>19/11/2022</i>				MONTANTS DES SOINS 
 <i>19/11/2022</i>				DATE DU DEVIS 
 <i>19/11/2022</i>				DATE DE L'EXECUTION 
 <i>19/11/2022</i>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. NABIL AMIN</i> <i>CHIRURGE DENTISTE</i> <i>258, Bd. Mostapha El-Nâjmi</i> <i>CASABLANCA - TÉL. 0522 202 203</i>

# 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	<i>mand + maxd</i> <i>complément</i> <i>D</i> <i>N</i>	<i>Dr. NAJARA Alia Mina</i> <i>CHIRURGE DENTISTE</i> <i>258, Bd Mostapha El MANSI</i> <i>CASABLANCA - Tél. 0522 202 203</i>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <i>200,00 Dhs</i> <i>Dhs</i>													
	<i>[Création, remont, adjonction]</i> <i>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <i>200,00 Dhs</i>													
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <i>19/11/22</i>													
			<b>FIN D'EXECUTION</b> <i>19/11/22</i>													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>													
			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>													
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<i>Dr. NAJARA Alia Mina</i> <i>CHIRURGE DENTISTE</i> <i>258, Bd Mostapha EL MANSI</i> <i>CASABLANCA - Tél. 0522 202 203</i>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>	<i>Dr. NAJARA Alia Mina</i> <i>CHIRURGE DENTISTE</i> <i>258, Bd Mostapha EL MANSI</i> <i>CASABLANCA - Tél. 0522 202 203</i>													

**Dr. Amina NAJJARA**

Chirurgienne Dentiste

Lauréat de la Faculté de medecine Dentaire - Casablanca

Soins Dentaires Esthétique - Prothèse

Chirurgie - Orale Orthodontie - Parodontie

**د. أمينة نجارة**

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية طب وجراحة الأسنان - الدار البيضاء

علاج الأسنان - جراحة - تعويض الأسنان

أمراض اللثة - تقويم الأسنان

Casablanca le

10/11/2022 الدار البيضاء في

TOURA g

NOHA AANZO

MIRX QAND QA QAT p

Sel

**RADIOLOGIE OUED EL MAKHAZINE**

12, Rue d'Alger - Casablanca

Tél. : 05 22 22 26 56

22 22 08 10

258, Mustapha Lamaani 1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca

CHIRURGIEN DENTISTE  
Mustapha Lamaani Tel: 05 22 202 203

258، شارع مصطفى المعاني، الطابق الأول رقم 3، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 202 203 / GSM: 06 66 89 67 96

# CENTRE DE CHIRURGIE DENTAIRE

**Dr. Amina NAJJARa**

Chirurgienne Dentiste

Iauréat de la Faculté de Médecine Dentaire- Casablanca

Soins Dentaires Esthétique – Prothèse

Chirurgie Orale – Orthodontie - Parodontie

Casablanca le ..... 10/11/22 ..... الدار البيضاء في

Facture N° : 0040/10.22

Dr. NAJJAR Amina  
CHIRURGIEN DENTISTE  
258, Bd. Mustapha LAMAANI  
CASABLANCA - Tél : 0522.202.203

Je soussigné ..... Avoir reçu le patient (e)

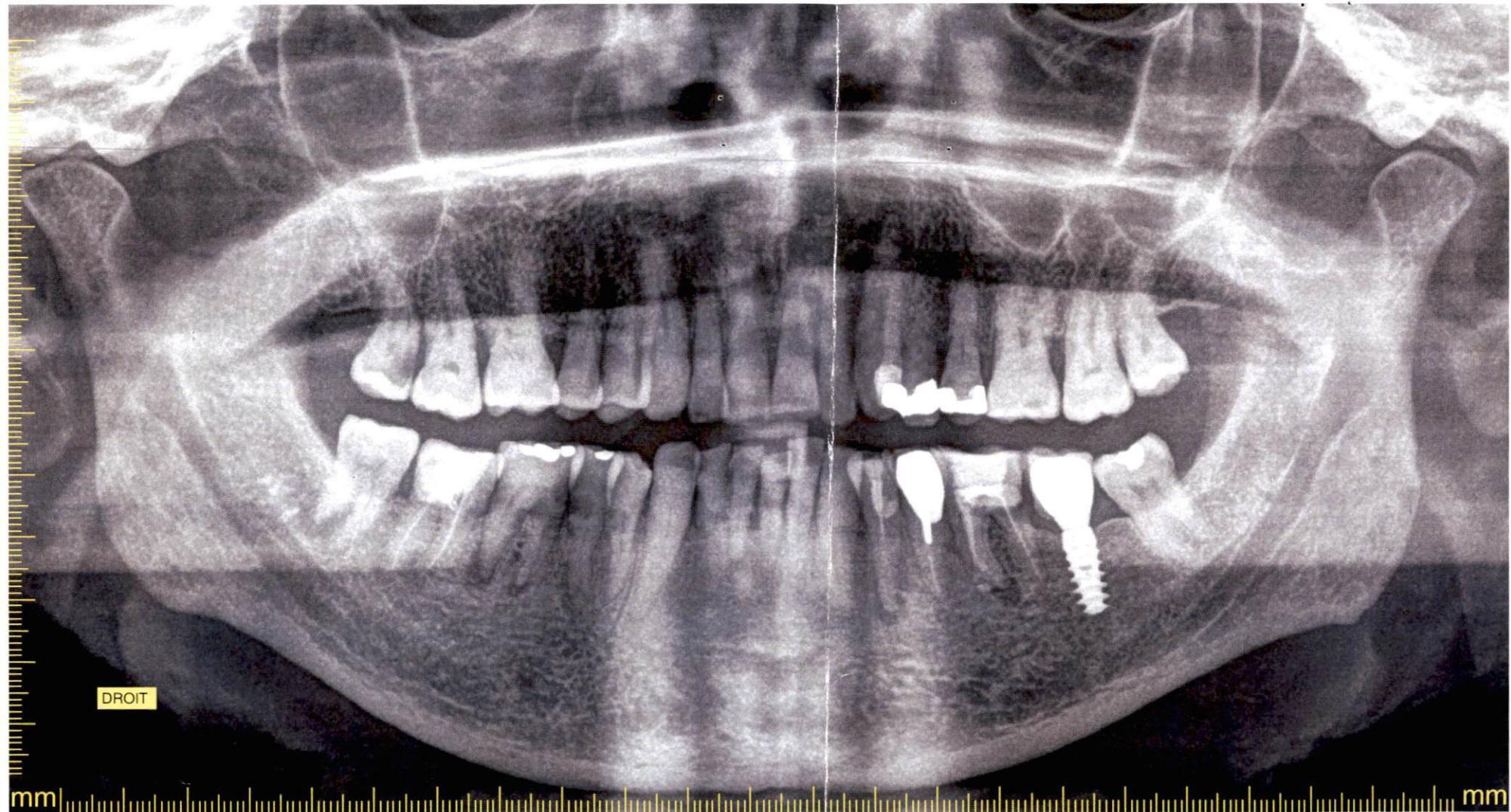
A qui, on a réalisé une prothèse ..... Consultant

D'un montant de : 200.00 DHS Dhs

Dr. NAJJAR Amina  
CHIRURGIEN DENTISTE  
258, Bd. Mustapha LAMAANI  
CASABLANCA - Tél : 0522.202.203

TOURAQ, MOHAMMED \*05/05/50

01XP 19/01/22: 09:23:57, Vue 2





# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براة السوني

خريج كلية الطب  
بمونبولي

I.R.M

**CASA LE 19.01.2022**

SCANNER SPIRALE  
CORPS ENTIER - 3D  
Multi-barrettes

**NOM : TOURAQ MOHAMMED  
DR : NAJJARA AMINA  
EXAMEN : PANORAMIQUE**

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE  
Conventionnelle  
Numérisée

RACHIS ENTIER  
Numérisée

- Retrait modéré de la crête alvéolaire.
- Quelques érosions dentaires.
- Desmodentite en regard de 46.
- Stigmates de multiples soins dentaires.
- Trame osseuse homogène.

ECHOGRAPHIE  
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE  
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE  
Tomosynthèse

**CONFRATERNELLEMENT  
DR. BERRADA SOUNNI K.**

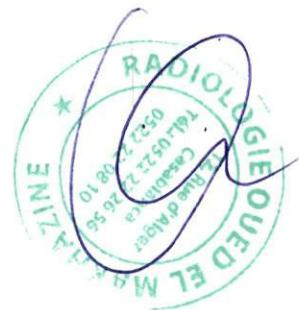
OSTEO-DENSITO  
Biphotonique

PANORAMIQUE  
DENTAIRE  
Numérisée

TELERADIO A 4 M  
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO





# الفحص بالأشعة واد المخازن

## Radiologie OUED EL MAKHAZINE

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب  
بمونيولي

I.R.M

CASABLANCA ,LE : 19/01/2022

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°: FA22/00482

TOURAQ MOHAMMED  
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

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces

COMPTE BANCAIRE N° : 01178000038210001156080 / BMCE RUE OUED EL MAKHAZINE ANGLE BD RACHIDI CASABLANCA.  
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE  
12, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 26 56  
05 22 22 08 10

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

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