

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.



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

Compte de remboursement
125828

Déclaration de Maladie : N° S190000510

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RA7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARROUNI YOUSSEF Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél : 0707752677 Total des frais engagés : 177 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CAJA Le : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa ASSURANCE / 9968 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE: 659

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM


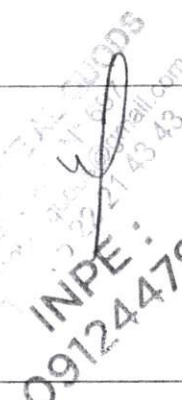
DATE DE LA DECLARATION : 27/06/2022

DECLARATION N° : 15182502 /

DATE DE REMBOURSEMENT : 01/08/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
27	Soins dentaires	920.00		920.00	39	85.0%	782.00
15	Pharmacie	57.00		57.00		85.0%	0.00
	TOTAUX	977.00		977.00			782.00
OBSERVATIONS :							
nr perio kin							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

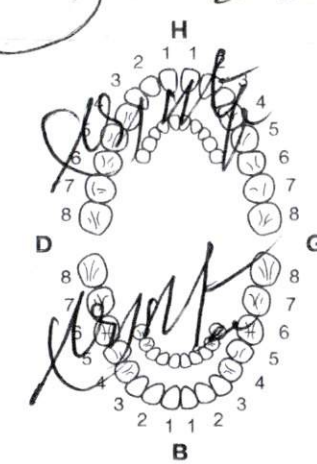
	Dates des actes médicaux	du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant			
Pharmacie	28/6/22	 PHARMACIE ACHIR 101, Bd ELQods Lot Mandarona Rue 14 Inara I Ainchok-Casa Tél: 05 22 52 82 53	57.00
Analyses / Radiologie	12/07/22	 INPE 091244798	2000
Auxiliaires médicaux			

FACTURE

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires
30/06/22	des dents sup	D12		360
07/07/22	des dents inf	D12		360
			D24	720

Dr. EL ALACHI EL MANOUN
 Docteur en Chirurgie Dentaire
 70, Bd. Zerkouni - 8ème Etage
 N° 18 - CASABLANCA
 ☎: 20.51.51

SOINS **PROTHÈSE**



Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins: **720**

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins:

Dr. EL ALACHI EL MANOUN
 Docteur en Chirurgie Dentaire
 70, Bd. Zerkouni - 8ème Etage
 N° 18 - CASABLANCA
 ☎: 20.51.51

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse: _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse: _____

Date de l'appareillage: _____

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

CABINET DENTAIRE

Dr. EL ALAMI EL Mamoun
Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien Interne des Hôpitaux de
MONASTIR

70, Bd. Zerkouni - 8^{ème} Etage - N° 18
Tél.: 05.22.20.51.51
CASABLANCA



الدكتور العلمي المامون

طبيب جراحى للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

70 شارع الزركطوني - الطابق 8 - رقم 18
الهاتف : 05.22.20.51.51
الدار البيضاء

Casablanca, le :

27/06/22

M^{me} RABANA SEDRA.

PHARMACIE ACHIR
101 Bd ELQods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchok-Casa
Tél: 05 22 52 82 53

57-00
صيدلية عشير
PHARMACIE ACHIR
101 Bd ELQods Lot Mandarona
Rue 14 Inara I Ainchok-Casa
Tél: 05 22 52 82 53

AX 27/06/22

Dr. EL ALAMI EL MAMOUN
Docteur en Chirurgie Dentaire
70, Bd. Zerkouni - 8^{ème} Etage
N° 18 - CASABLANCA
05.20.51.51

CABINET DENTAIRE

Dr. EL ALAMI EL Mamoun
Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien Interne des Hôpitaux de
MONASTIR

70, Bd. Zerkoutni - 8^{ème} Etage - N° 18
Tél.: 05.22.20.51.51
CASABLANCA



الدكتور العلمي المأمون
طبيب جراحى للأسنان
خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

70 شارع الزركطوني - الطابق 8 - رقم 18
الهاتف : 05.22.20.51.51
الدار البيضاء

Casablanca, le :

07/07/22

Dr. RABAH SIHAR

*- patient de Rien vouloir
faire leur radiologie
PANORAMIQUE.*

Dr. EL ALAMI EL MAMOUN
Docteur en Chirurgie Dentaire
70, Bd. Zerkoutni - 8^{ème} Etage
N° 18 - CASABLANCA
Tél: 20.51.51

RADIOLOGIE AL QUODS
Ed al quods N° 697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél: 05 22 21 43 43

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

- Diplômé de Paris Descartes
- Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



- خريج كلية الطب بباريس
- طبيب سابق بمستشفيات باريس

- Scanner Multibarettes
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérisée

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM (Sur Rendez-Vous)

- Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Sénologie)
- Radiologie Numérisée
- Radio - Photo

Casablanca , le 12/07/2022

Patiente : RABAOUA SIHAM

Prescripteur: DR EL ALAMI EL MAMOUN

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

RESULTATS :

Matériel de soins dentaires.

Petits kystes périradiculaires des 36 et 46

Aspect normal des ATM.

Os de densité normale.

Aspect normal des canaux mandibulaires.

Absence de comblement des sinus maxillaires.

Merci pour votre confiance

Dr Mohamed amine Fathallah

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://102.53.2.201:8088/images>

Login : 39917

Mot de Passe : 24549

Radiologie Al Quods



الفحص بالأشعة القدس

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

Radiologie
Al Quods

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

• Diplôme de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق بمستشفيات باريس

• Scanner Multibarètes
• Dentascanner - Panoramique Dentaire
• Mammographie Numérisée

• Echographie Générale
• Echographie - Doppler Couleur
• IRM (Sur Rendez - Vous)

• Radiologie Interventionnelle (Scanner, Echographie, Simulacre)
• Radiologie Numérisée
• Radio - Photo



091244798

Casablanca, le 12/07/2022

NOTE D'HONORAIRE

Nom & Prénom RABAOUA SIHAM

Date d'examen : 12/07/2022

Examens	Honoraires
PANORAMIQUE DENTAIRE	200,00 DH
NET A PAYER	200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DH

Ouvert de 8h30 à 19h00 - Samedi de 8h30 à 13h30

Bd Al Quods, N°697 - Ain Chock - Casablanca - Tél. 05 22 21 43 43 - Fax 05 22 21 43 43
E-mail radiologiealquods@gmail.com ICE 002313047000064 CN 34001560

RADIOLOGIE AL QUODS
Bd Al Quods, N°697
Radiologiealquods@gmail.com
Tél. 05 22 21 43 43

PerioKIN

Indicaciones:
Favorece la reducción de la placa dental.
Cuida y protege la encía.

Modo de uso:

PERIOKIN Enjuague

Efectuar dos enjuagues al día con 10 ml de producto sin diluir, durante 1 minuto.

PERIOKIN Gel

Aplicar el gel dos o tres veces al día con un cepillo suave o un bastoncillo de algodón, realizando un masaje sobre las encías. También se puede aplicar el gel con el dedo, directamente sobre la encía, si el estado de las encías lo requiere.

PERIOKIN Spray

Destapar el frasco y colocar el pulsador, con la cánula orientable incorporada, sobre el tubo de salida de la válvula dosificadora. Presionar varias veces el pulsador hasta conseguir el llenado de la válvula. La aplicación se efectúa directamente presionando el pulsador y orientando con la cánula la salida de la solución hacia la zona afectada. Efectuar cuatro o cinco pulverizaciones sobre la zona afectada, dos o tres veces al día.

Después del uso de un producto

PERIOKIN:

- No enjuagarse la boca.
- No cepillarse los dientes.
- No ingerir alimentos ni bebidas hasta

ES

PerioKIN

Indicações:

Favorece a redução da placa dentária.
Cuida e protege a gengiva.

Modo de utilização:

PERIOKIN Colutório

Efetuar dois bochechos por dia com 10 ml de produto sem diluir, durante 1 minuto.

PERIOKIN Gel

Aplicar o gel duas ou três vezes por dia com uma escova macia ou uma cotonete de algodão, realizando uma massagem nas gengivas. Também se pode aplicar o gel com o dedo, diretamente na gengiva, se o estado das gengivas assim o requerer.

PERIOKIN Spray

Destapar o frasco e colocar o pulverizador, com a cânula orientável incorporada, no tubo de saída da válvula doseadora. Pressionar várias vezes o pulverizador até conseguir o enchimento da válvula. A aplicação efetua-se pressionando diretamente a válvula e orientando a cânula de saída de solução para a zona afetada. Efectuar quatro ou cinco pulverizações sobre a superfície afetada, duas ou três vezes ao dia.

Após a utilização de qualquer produto

da gama PERIOKIN:

- Não bochechar após a sua aplicação.
- Não escovar os dentes.
- Não ingerir alimentos nem bebidas na

PT

PerioKIN

Indications:

Helps to reduce dental plaque.
Protects and takes care of the gum.

Dosage and instructions for use

PERIOKIN Mouthwash

Rinse with 10 ml of the undiluted product for 1 minute, twice a day.

PERIOKIN Gel

Apply the gel 2 or 3 times a day with a smooth toothbrush or cotton swab, massaging the gums, or apply directly on the affected area with the finger if the state of the gum so requires.

PERIOKIN Spray

Insert the push button with the adjustable cannula onto the outlet at the top of the bottle. Press the button repeatedly until the valve is filled. The product is applied directly pressing the push button and aiming the adjustable cannula onto the target. Spray the affected area four or five times on each application, two or three times per day.

After the use of any PERIOKIN product:

- Do not rinse with water after its application.
- Do not brush teeth.
- Do not eat or drink until at least 1 hour after use.

Contraindications:

Do not use in patients who have