

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

*Recpte de remboursement*  
125818

## Déclaration de Maladie : N° S190000510

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11049 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARROUNI YOUSSEF Date de naissance : 02/01/1988

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 : CASA

Le : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Y. HAKANI



**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

/

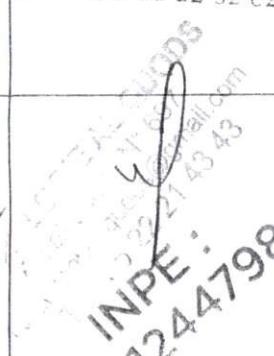
DATE DE REMBOURSEMENT : 01/08/2022

| 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           |

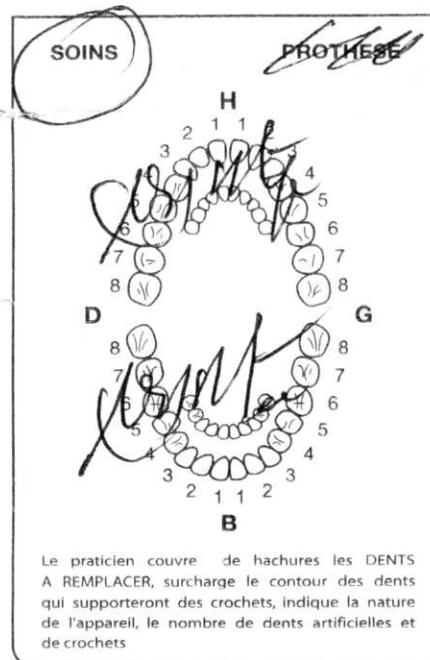
OBSERVATIONS :

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                  |  <p>PHARMACIE ACHIR<br/>101, Bd ELQods Lot Mandarona<br/>Rue 14 Inara I Ainchook-Casa<br/>Tél: 05 22 52 82 53</p> | 57.00                  |
| Analyses / Radiologie | 12/07/22                 |   | 200.00                 |
| Auxiliaires médicaux  |                          |  |                        |

| Date    | Nature des travaux                         | Position dents | Coefficient | Montant Honoraires |
|---------|--|----------------|-------------|--------------------|
| 10/6/22 | des 10 <sup>e</sup> et 11 <sup>e</sup> dup | D12            | 360         |                    |
| 10/7/22 | des 10 <sup>e</sup> et 11 <sup>e</sup> ief | D12            | 360         |                    |



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   | 720.00  |
| Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :   |  |
| <p>Dr. EL ALAMI ET BLAMOUN<br/>           Docteur en Médecine Dentaire<br/>           70, Bd. Zeukouni - 8ème Etage<br/>           N° 18 - CASABLANCA<br/>           0: 20.51.51 Date: 07/07/22</p> |   |
| 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  
Acien Interne des Hôpitaux de  
**MONASTIR**  
70, Bd.Zerkouni - 8<sup>ème</sup> Etage - N° 18  
Tél.: 05.22.20.51.51  
**CASABLANCA**



**الدكتور العلمي المامون**

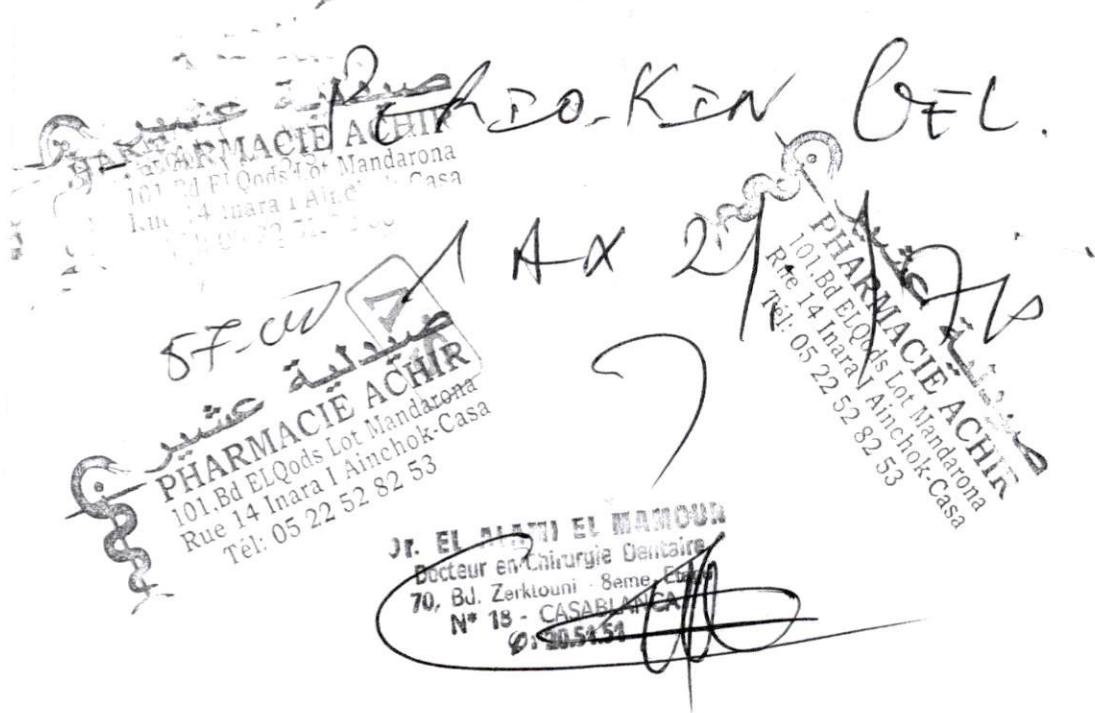
طبيب جراحي للأسنان  
خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

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

Casablanca, le :

27/06/22

J. M. RABAAOUA S. DIBAI.



## CABINET DENTAIRE

Dr. EL ALAMI EL Mamoun  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Acien Interne des Hôpitaux de  
MONASTIR  
70, Bd.Zerkouni - 8<sup>ème</sup>Etage - N° 18  
Tél.: 05.22.20.51.51  
CASABLANCA



الدكتور العلمي المامون

طبيب جراحي للأسنان  
خريج كلية طب الأسنان بالمنستر

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

Casablanca, le :

07/02/22

Dr. EL ALAMI EL Mamoun

Prenez de bien vouloir  
faire une grande  
PANORAMIQUE.

Dr. EL ALAMI EL MAMOUN  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
70, Bd. Zerkouni - 8<sup>ème</sup> Etage  
N° 18 - CASABLANCA  
Tél: 05.22.20.51.51

RADIOLOGIE QUODS  
Bd al quods - n° 897  
Radiologiequods@gmail.com  
Tél: 05.22.21.43.43

Dr. Mohamed Amine FATHALLAH

Médecin Radiologue

• Diplômé de Paris Descartes

• Ex Médecin des Hôpitaux de Paris



Radiologie

Al Quods

الفحص بالأشعة القدس

# الفحص بالأشعة القدس

الدكتور محمد أمين فتح الله

إختصاصي في الفحص بالأشعة

• خريج كلية الطب بباريس

• طبيب سابق في مستشفيات 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

Patiene

: 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  
Bd Al Quods N° 697  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 43 43  
E-mail: radiologiealquods@gmail.com

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



- Scanner Multibandes
- Dentacanner - Panoramique Dentaire
- Mammographie Numérique

- Echographie Générale
- Echographie-Doppler Couleur
- IRM / Sur Rendez-Vous :



091244798

Casablanca, le 12/07/2022

## NOTE D'HONORAIRE

Nom &amp; Prénom RABAOUA SIHAM

Date d'examen : 12/07/2022

| Examens              | Honoraires       |
|----------------------|------------------|
| PANORAMIQUE DENTAIRE | 200,00 DH        |
| <b>NET A PAYER</b>   | <b>200,00 DH</b> |

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 - Tel : 05 22 21 43 43 - Fax : 05 23 27 43 33  
 E-mail : radiologiealquods@gmail.com - ICE : 002313047000064 - Tél : 34001560

RADILOGIE AL QUODS  
 697 Ain Chock Casablanca  
 Tél: 05 22 21 43 43  
 05 23 27 43 33  
 radiologiealquods@gmail.com  
 34001560

# 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

# PerioKIN

**Indicações:**  
Favorece a redução da placa dentária.  
Cuida e protege a gengiva.

## Modo de utilização:

### PERIOKIN Colutório

Efectuar 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 cánula 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 cánula 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 hasta

**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 bud, massaging the gums, or apply directly on the affected area with a 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 open. 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 one hour after use.

## Contraindications:

Do not use in patients who have