

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 - 5ème 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



complément Dossier
Déclaration de Maladie

M22- 0038530

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAM 137267

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERMOUDI, Amina

Date de naissance : N° 46, Lettissement Laimere 1

Adresse : casa / Mee 6 19/11/59

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 200 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ 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 : casa 05/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

EL ARCHI

AHMED

11848

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
'AVIATION

CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais medicaux (11/2022)

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engages	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
76750132	11/10/2022	200	RX PANORAMIQ SYST MAXILL	200.00	160	160

Salutations mutualistes.

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Ettablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتاحدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable*

تنفيذ
Exécution*

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.03.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له

Nom et prénom : EL ARCHI Ahmed

N° Affiliation : 39170110

N° Immatriculation : 7343870110

N° CIN : 8222139111

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Lotissement LAINE NE, N° 46 Quartier de

Pluvision

Montant des frais (Dhs) : 200,00

Nombre de pièces jointes : 04 (quatre)

Déclaration du médecin traitant

إقرار الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL ARCHI AHMED

Date de naissance : 17/05/55

N° CIN : 181212139111

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : INPE: 094193489

Type de soins

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.F* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

Fait à : CASABLANCA

le : 11/10/2012

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع المتاحدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

le : 11/10/2012

Signature du médecin traitant

Bitel City 51 Appet 04

Ety 01

أشيد بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

وصف العمليات

[illegible]

DR. SAAD EL ARCHI
CHIRURGEN DENTIST
Farah Saleh Al Zahar Bld A/11
Bilal Gh 56b Imham 51 Apt 04
Ety 011 H. Nassani Casa Bianca
Tel: 05 20 24 66 44

CIM - 10

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

A diagram of a dental arch (maxilla or mandible) showing tooth numbering and classification. The arch is divided into four quadrants by a vertical line (labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom) and a horizontal line (labeled 'D' on the left and 'C' on the right). The teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards. The classification of teeth is indicated by symbols: '1' for incisors, '2' for canines, '3' for premolars, '4' for molars, and '5' for wisdom teeth. The diagram illustrates the arrangement of teeth in a full dental arch.

علاقات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوتر Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المحرارة مع تحديد طبيعة العلاجات و كذا معاملها طبقا لدليل العمليات المهنية.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

Dr. Saad EL ARCHI



الدكتور سعد العرشي

Chirurgien Dentiste

طبيب جراحة الأسنان

Casablanca, le : 08/10/2022

Nom & Prénom : MR EL ARCHI AMMED

Rx Panoramique

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 93 04 93

Dr. SAAD EL ARCHI
CHIRURGIEN DENTISTE
Farah Salam Al Azhar Bd Aziz
Billal GH 56 Imm N°51 Appt 04
Etg. 01 H. Haassani Casablanca
Tel : 05 20 24 66 44

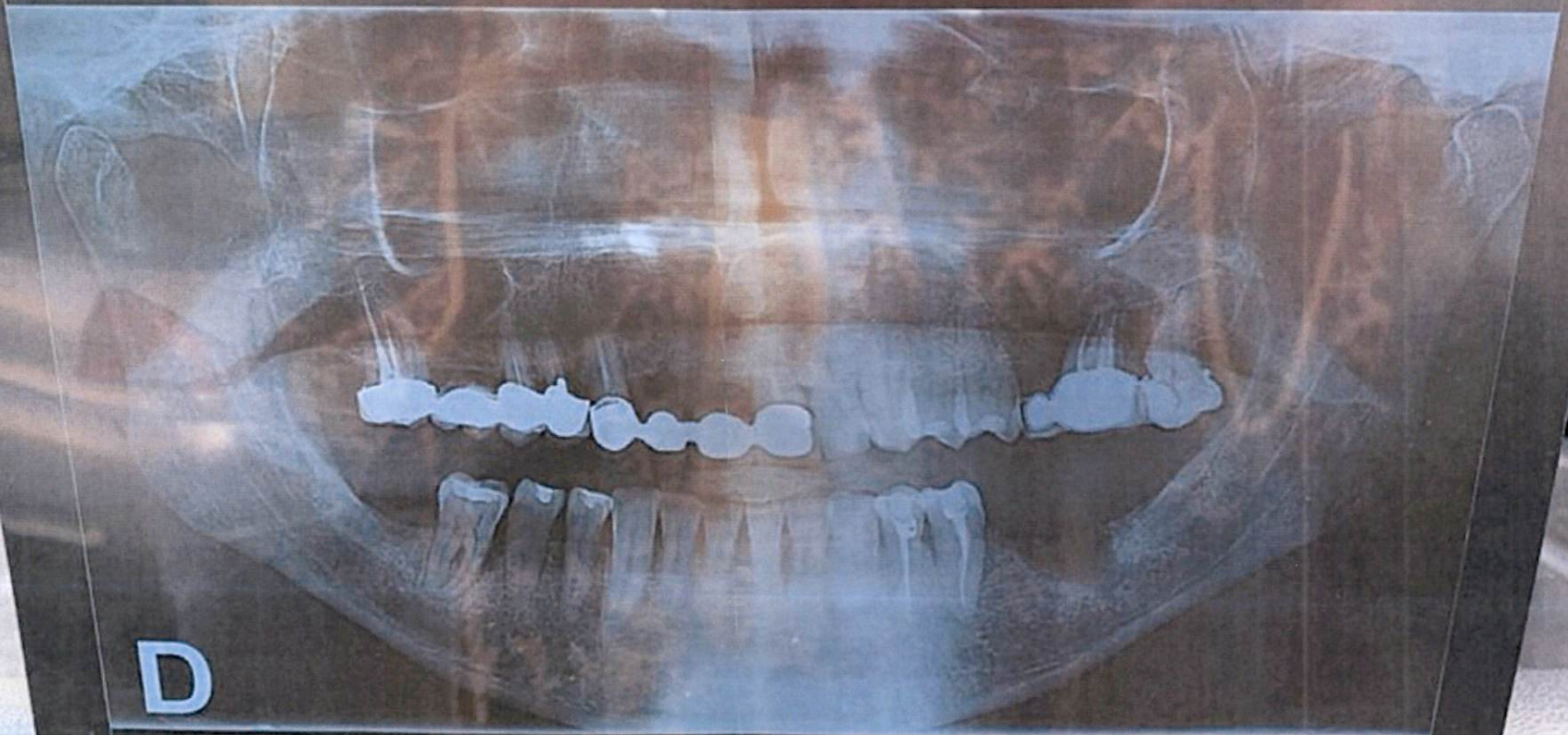
Farah Salam Al Azhar Bd. Aziz Billal GH 56 Imm N°51 Appt. 04 Etg. N°1, Casablanca.

dr.saadelarchi@gmail.com

05 20 24 66 44

VisionPACS

AHMED EL ARCHI 08/10/2022 12h20m22



D

AHMED EL ARCHI

Exam: 08.10.2022

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 08/10/2022

PATIENT : **EL ARCHI AHMED**
MEDECIN TRAITANT : **DR. EL ARCHI SAAD**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

- Dentition incomplète.
- Soins et carie dentaire.
- Parodontopathie diffuse.
- Granulome en regard de 37.
- Prothèses dentaires (bridges dentaires) du secteur 1 en place.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Inclusion de la 23 et probablement la 22.
- Les ATM sont d'aspect normal.

Confraternellement
DR. LASRI FATIHA

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél : 05 22 93 04 93
Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

N.C**

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 08/10/2022

FACTURE N°09658/2022

NOM & PRENOM: EL ARCHI AHMED

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

Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

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 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com