

# 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.

M22- 0038530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7169**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **GHEHR MOUDI Amina**

Date de naissance : **N° 46, Latissement daimenee s**

Adresse : **casa / Née le 19/11/59**

Tél. : **06.616.560.39**

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 :

MUPRAS

ALD NOV. 2022 Pathologie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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) : **6**

**ACCUEIL C. NINIA**

**8**

EL ARCHI

AHMED

11848

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L  
'AVIATION

CASABLANCA

### **Objet : Remboursement des frais médicaux (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 engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
76750132	11/10/2022	200	RX PANORAMIQ SYST MAXILL	200.00	160	160

**Salutations mutualistes.**

## Instructions à suivre

Etablir 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 un 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.

Cachet et signature de la mutuelle

## تعليمات بحق المعايا

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتسبون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تمويهص المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتمويهص.

كل من ثبت عليه غشن أو تصريح كاذب للإستنادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [ ]



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

### Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة  
Entente Préalable\*

تنفيذ  
Exécution\*

التأمين الجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.03.01  
مراجع وقم

N° Bordereau : .....  
خاص بالمؤمن ( بها )

N° Dossier : .....

#### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : EL ARCHI Ahmed  
رقم الانخراط : 39170511  
رقم التسجيل : 731397010  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8222139111  
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○ العنوان : Le typelement LAINCARNE 1, N° 46 - Quartier de  
Olivier 01

Montant des frais (Dhs) : 200.00  
Nombre de pièces jointes : 04 (quatre)

Déclaration du praticien dentiste

#### Bénéficiaire de soins

EL ARCHI AHMED

الإسم العائلي و الشخصي :  
تاريخ الازدياد :

Date de naissance : 11/05/55  
N° CIN : 1B12123191  
جنس : M ♂ ذكر ○ F ♀ أنثى ○

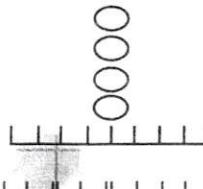
Identification du chirurgien dentiste

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : INPE: 094193489

نوع العلاجات  
علاجمات : تعويض الاسنان : تقويم الاسنان و الفكين : علاجمات أخرى : رقم المراقبة المسقبقة :

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : تاريخ الحادث : أسباب الحادث :

N° INP  
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 .  
J'atteste sur l'honneur l'exacititude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : CASABLANCA  
le : 11/05/2011  
ف. : EL ARCHI  
توقيع المؤمن ( بها )  
Signature de l'assuré ( e )

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : CASABLANCA  
le : 11/05/2011

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cigarettes est formellement interdite

نوع كشف الأسنان و الكشفة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou du praticien dentiste  
Rôle Généralisé : 51 Appt 04

\* اشطب

10/05/2011 Casablanca

### description des ordonnances

### جريدة الوصفات

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	النعن المغور Prix facture	توقيع و طابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP :	
		INP :

### Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

### العمليات الاحياء، الاشعة و الصور

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغور Montant facture	توقيع و طابع طبيب الاشعة او الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
18/10/2010	10/10/2010	C		100,-	
		D			
		E			
		F			
		G			
		H			
		I			
		J			
		K			
		L			
		M			
		N			
		O			
		P			
		Q			
		R			
		S			
		T			
		U			
		V			
		W			
		X			
		Y			
		Z			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
		DD			
		EE			
		FF			
		GG			
		HH			
		II			
		JJ			
		KK			
		LL			
		MM			
		NN			
		OO			
		PP			
		QQ			
		RR			
		SS			
		TT			
		UU			
		VV			
		WW			
		XX			
		YY			
		ZZ			
		AA			
		BB			
		CC			
</					

Dr. Saad EL ARCHI

Chirurgien Dentiste



الدكتور سعد العرشي

طبيب جراحة الأسنان

Casablanca, le : 08/10/2022

Nom & Prénom : MR. EL ABBADI AMMED

RX Panoramique

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca, 20220  
Tél: 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. N°1, Casablanca.  
Bilal GH 56 Imm N°51 Appt 04  
Etg 01 H. Hassan 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.

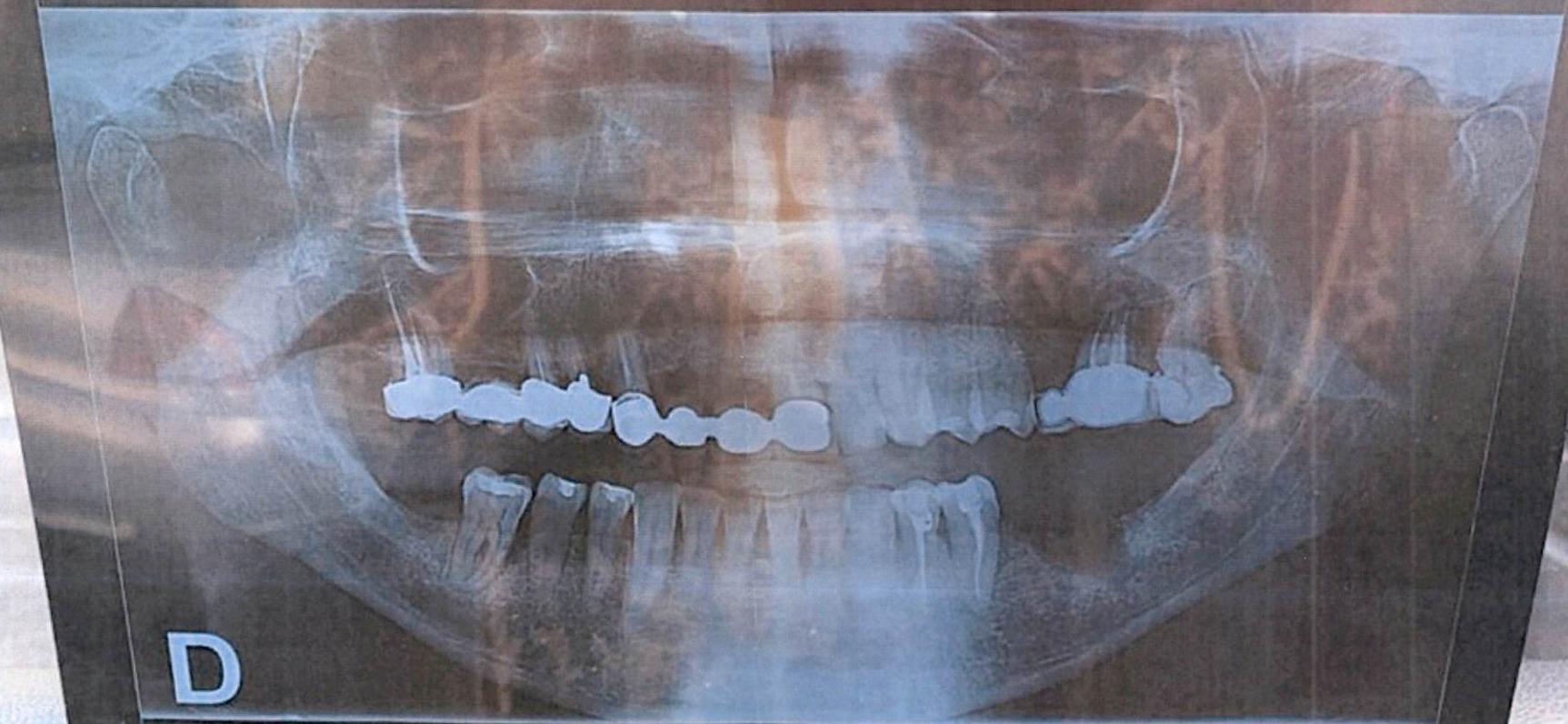
✉ dr.saadelarchi@gmail.com

📞 05 20 24 66 44



VisionPACS

AHMED EL ARCHI 08/10/2022 12h20m22



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

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner – Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- 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**

N.C\*\*

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

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-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. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 0522 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 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)