

# 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



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

Complément Dossier  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 055441

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : 137268  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GUERMOUDI Amina  
 Date de naissance : 19/11/59  
 Adresse : N° 46, lotissement laimeune 1 Casablanca  
 Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 10200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 NOV. 2022  
 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 : Casablanca Le : 23 / 08 / 22  
 Signature de l'adhérent(e) :



blir une feuille de soins par personne et événement.

feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (données médicales, factures, résultats d'examen de radiologie et/ou de laboratoire).

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

s prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux données transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre guérite dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier t être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

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

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

ite personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est passible des sanctions prévues par la réglementation.

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاوضية 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.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



## Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة Entente Préalable ☒ تنفيذ Exécution ☐

Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.03.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL ARCHI AHMED

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : LOTISSEMENT LA MOUNE 1, Lot N° 46

Quartier de l'Aviation - CASA BLANCA

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL ARCHI AHMED

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M ☒ ذكر ☐ أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP

Type de soins

Soins\* :

Prothèse\* :

Orthodontie et O.D.F\* :

Autres\* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précis :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : CASA BLANCA

le : 26/08/2022

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus s'appliquer.

Fait à : Casa Blanca

le : 26/08/2022

Signature du médecin traitant

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

06619157.02

Appeler : OK

le 05/09/2022

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

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



Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie      عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

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

Dr. SAAD ELARCHI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Fouah Salam Al Azhak G. App 504  
Wakil Gh 56 b Imm. n G. App 504  
Eltg 01 H. Hassani Casablanca  
tel: 05 20 24 66 00

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً 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.

EL ARCHI

AHMED

11879

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
76750032	11/10/2022	10200	RX PANORAMIQ SYST MAXILL COURON CERAMO-METAL	200.00 10,000.00	160 9000	9160

**Salutations mutualistes.**



Dr. Saad EL ARCHI



الدكتور سعد العرشي

Chirurgien Dentiste

طبيب جراحة الأسنان

Casablanca, le : 23/03/2022

Nom & Prénom : MR ELARCHI AHMED

RX Panoramique

Centre de Radiologie Et D'odontologie  
Bd. Oum Rabi - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 93 14 44 Fax: 05 22 93 14 44

Dr. SAAD EL ARCHI  
CHIRURGIEN DENTISTE

Farah Salam Al Azhar Bd Aziz  
Bilal GH 56 Imm N°51 Appt 04  
Etg 01 H. Hassani Casablanca  
Tél: 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

# 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 ELMODARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 25/08/2022

**FACTURE N°08139/2022**

**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 Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 0522 93 04 93 - Fax: 0522 93 563

Docteur Fatiha LASRI  
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)



**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 25/08/2022

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

- Dentition incomplète.
- Parodontopathie.
- Alvéolyse verticale de la 36 et 46.
- Procidence des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

*Confraternellement*  
**DR. LASRI FATIHA**

**I.S**

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 56 37

**DOCTEUR LASRI Fatiha**  
Médecin Radiologue

Dr. Saad EL ARCHI



الدكتور سعد العرشي

Chirurgien Dentiste

طبيب جراحة الأسنان

Devis.

Casablanca, le : 23/08/2022

Nom & Prénom : MR ELARCHI AHMED

- Bridge de 3 éléments (CCM) sur la 14 - 15 - 16 , 2500 DM x 3 = 7500 DM
- Couronne céramo-métallique (CCM) sur la 17 , 2500 DM.

montant : 10000 DM.  
- Arrête le devis présent à la somme de dix mille dirhams.

10000 DM

Dr. SAAD EL ARCHI  
CHIRURGIEN DENTISTE

Farah Salam Al Azhar Bd Aziz  
Billal GH 56 Imm. n° 51 Appt 04  
Eto. 01 H. Hassani Casablanca  
Tél : 05 20 24 66 44

Dr. Saad ELARCHI

Chirurgien Dentiste

Patente : 36204547

IF : 50384625

ICE : 4002885930000087

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

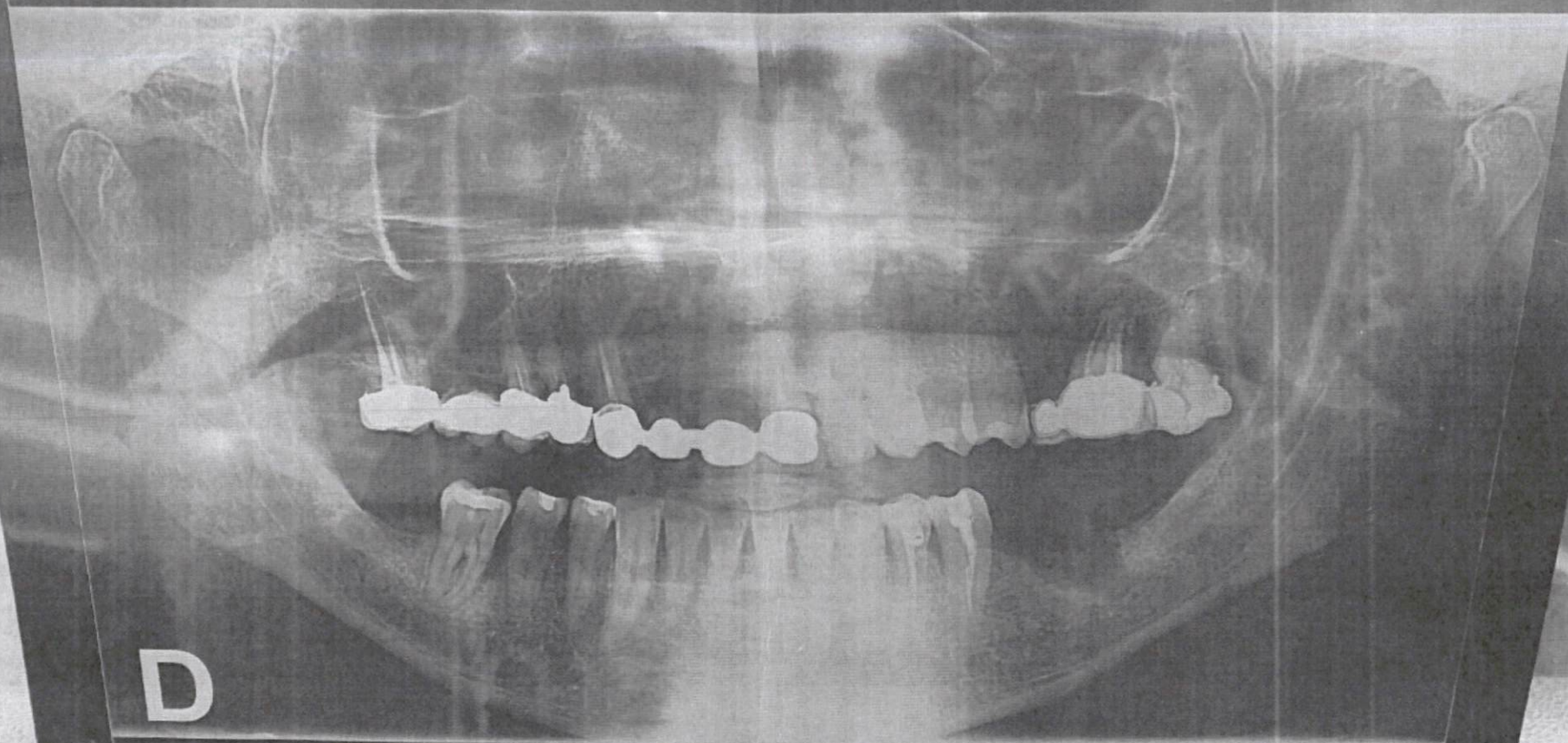
dr.saadelarchi@gmail.com

05 20 24 66 44



VisionPACS

AHMED EL ARCHI 08/10/2022 12h20m22



AHMED EL ARCHI

Exam: 08.10.2022





D



## FICHE DE CONTRÔLE DENTAIRE

N° Res 759 54 752

(21)

NAX 733 97010

DATE CONTRÔLE : 30-08-2022

### HISTORIQUE

CODE	DATE	ELEMENTS
D754	26/10/2020	26/27

ACCORD /



ccm 14 → 17

21

18

Dr. Saad EL ARCHI

Chirurgien Dentiste



الدكتور سعد العرشي

طبيب جراحة الأسنان

Facture

Casablanca, le : 08/10/2022

Nom & Prénom : MR ELARCHI AMMED

• Bridge de 3 éléments (CCM) sur la 14-15-16

2500 DH x 3 = 7500 DH.

• Couronne CCM sur la 17, 2500 DH.

montant : 10 000 DH.

• Ametée la présent facture à la somme de Dix mille dirhams.

10 000 DH.

Dr. SAAD EL ARCHI  
CHIRURGIEN DENTISTE

Farah Salam Al Azhar Bd Aziz  
Bilal GH 56 Imm. n° 51 Appt 04  
Etg 01 H. Hassani Casablanca  
Tel: 05 20 24 66 44

Dr: Saad ELARCHI  
Chirurgien Dentiste

Pattente : 16204547

IF : 50384625

ICE : 00288593000008

📍 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