

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7460

Actif

Pensionné(e)

Société : 137268

Autre :

Nom & Prénom : GUE R MOU DI Amina

Date de naissance : 19/11/59

Adresse : N° 46, lotissement laineenne 1

casablanca

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 10.200,00 Dhs

## Optique

## Autres

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 23/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Handwritten signature]*

iblir une feuille de soins par personne et événement.

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

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

s-prospectus et les PPM concernant les équipements achetés doivent être joints aux renseignements transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre état dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit 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.

risques liés aux accidents du travail et les risques professionnels ne sont pas couverts.

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

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

#### Cachet et signature de la mutuelle

#### توقيع و طابع التعاضدية

06.61.91.57.02

Appelez : OK  
le 05/09/2022

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

offrir une feuille de soins par personne et événement.

Il faut que la feuille de soins soit accompagnée de toutes les pièces justificatives originales d'années médicales, factures, résultats d'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.

Le prospectus et les PPM concernant les équipements achetés doivent être joints aux renseignements transmis.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre état dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf si il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant 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 les risques professionnels ne sont pas couverts.

Une 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 dispositions réglementaires et de ce qui précède.



#### Feuille de soins Dentaires

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.03.01

Numéro de dossier

N° Bordereau :

N° Dossier :

#### Partie réservée à l'assuré(e)

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 : LATISSEMENT LA MOUNA 1 lot N° 46

Quartier de l'Aviation - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 10000 Dhs

Nombre de pièces jointes :

#### Chèque du praticien traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL ARCHI AHMED

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

#### Identification du chirurgien dentiste

N° INP

Type de soins

Soins\* :

Prothèse\* :

Orthodontie et O.D.I\* :

Autres\* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précis :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

INPE: 094193489

Traceur 1 - Siège

26 JUIL. 2022

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : CASABLANCA

le : 24/03/2022

Signature de l'assuré (e)

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة.

نوع العلاجات

علاجات :

تقويم الاسنان

علاجه

تقويم الاسن

علاجه

صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères.

Fait à : Casablanca

le : 23/08/2022

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

Fax : 0522 900 111 - Agent : 7HOD037

Mobile : 0522 900 111 - Agent : 7HOD037

E-mail : 7HOD037@azhar.bda.aziz\*

Hôtel : 0522 900 111 - Agent : 7HOD037

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

الطب الإشعاعي | Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
<i>Centre de Radiologie El Oult Dr. Djam Rabhi - Casablanca - 05/22/2020 05 22 93 54 93</i>	<i>El Oult</i>	<i>C</i>	<i>DONATION</i>	<i>200</i>	<i>Centre de Radiologie El Oult Bd. Djam Rabhi - Rue 50 N° 2 Casablanca - 2020 el 05 22 93 04 93 Fax 05 22 93 54</i>
INP : <b>041142357</b>					
INP : <input type="text"/>					

العنوان: ٩٨٤٤٢١٤٩٠ | رقم المعاينات: ٣٧٦

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 engagés	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 : 23/08/2022

Nom & Prénom : MR EL ARCHI AHMED

RX Panoramique

Centre de Radiologie Et Billal  
Bd Oum Rabib - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
05 23 93 44 44 Fax 05 22 93 44

Dr. SAAD EL ARCHI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Farah Salam Al Azhar Bd Aziz  
Billal Gz 56 b Imm 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 ELMDARI

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. Oued Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
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)

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)

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA



مركز الفحص بالأشعة  
الульفية

## 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 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  
Tel. 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 56 37

Dr. LASRI Fatiha  
Médecin Radiologue



Dentis.

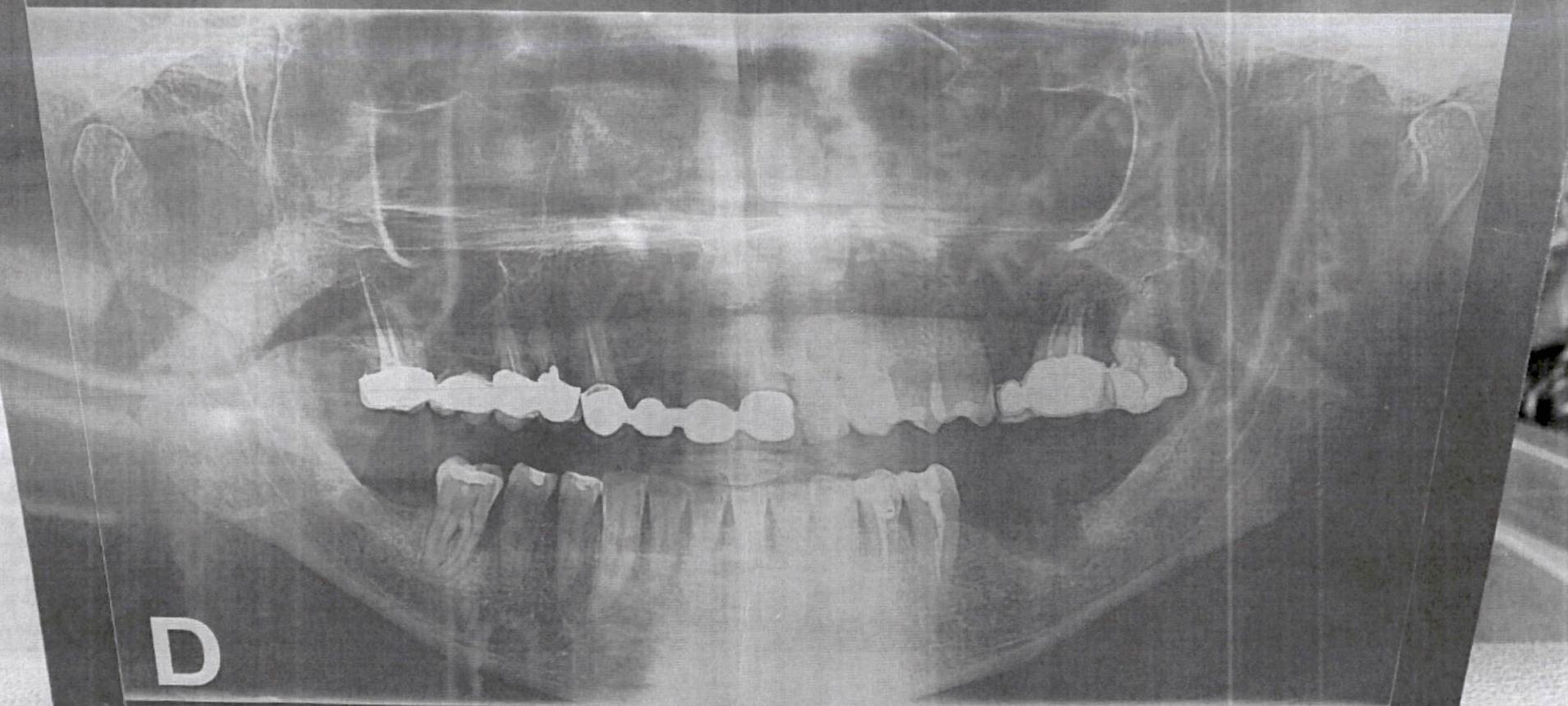
Casablanca, le : 23/08/2022

Nom & Prénom : MR EL ARCHI AHMED

- Bridge de 3 éléments (CCM) sur le 14 - 15 - 16 , 2500DH x 3 = 7500DH
  - Couronne céramo-métallique (CCM) sur le 17 , 2500DH.
- Ainsi le montant : 10000 DH.  
dix mille dirhams.
- 10000DH
- Dr. SAAD EL ARCHI**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Farah Salam Al Azhar Bd Aziz  
Billal GH 56 Imm. n°51 Appt 04  
Etg. 01 H. Hassan Casablanca  
Tél : 05 20 24 66 44
- Dr. Saad ELARCHI**  
Chirurgien Dentiste  
Patiente : 36204547  
IF : 50384625  
ICE : 4002885930000087
- 📍 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

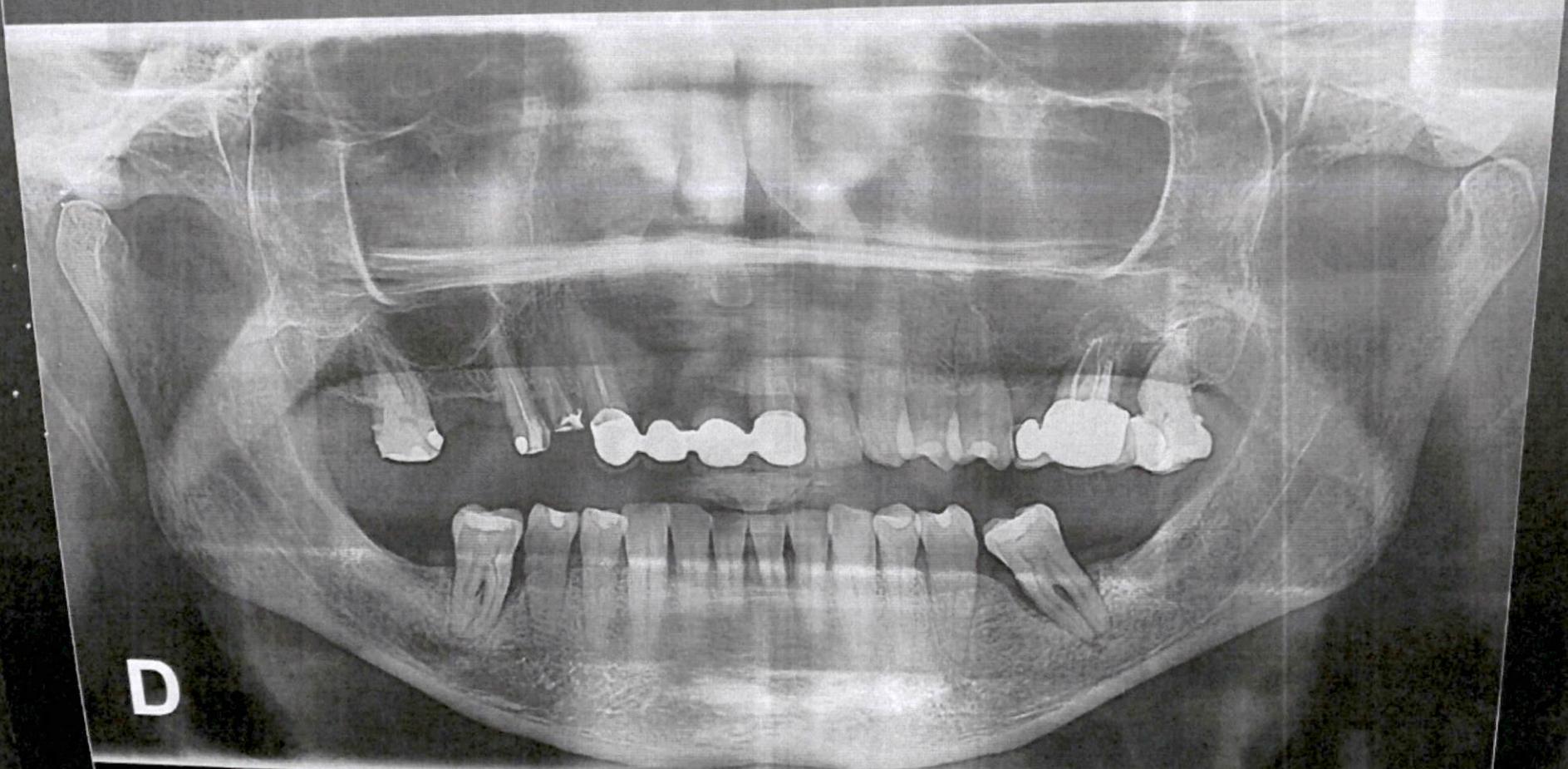


AHMED EL ARCHI

Ex. 08/10/2022

VisionPACS

EL ARCHI AHMED 25/08/2022 13h37m59



D

EL ARCHI AHMED

Exam:25.08.2022

## FICHE DE CONTRÔLE DENTAIRE

N° Reg 759 54 752

(DA)

NAX 733 97010

DATE CONTRÔLE : 30-08-2022

### HISTORIQUE

CODE	DATE	ELEMENTS
7284	26/10/2020	26/27

### ACCORD /



cath 16-17

11



Dr. Saad EL ARCHI

Chirurgien Dentiste



الدكتور سعد العرشي

طبيب جراحة الأسنان

Facture

Casablanca, le : 08/10/2022

Nom & Prénom : M.F. EL ARCHI AHMED

• 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.

• Annexe 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  
Billal GH 56 Imm. N°51 Appt.04  
Etg 0/N H. Hassani Casablanca  
Tef: 0520 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