

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 canaux, 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 canaux.

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 - 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



Déclaration de Maladie

N° W21-787610

184133

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13144 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAOUI FATHI Rachid

Date de naissance : 28/03/1994

Adresse : 79, Rue des Lauriers

Tél. : 06 61 65 33 02 Total des frais engagés : 50,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HOUMMADY Yassine
ORTHODONTISTE
638, Bd Abdelkrim Khattabi
Cité Chabab - Alia Mohammedia
Tél : 05 22 31 38 94/95

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI FATHI Rachid Age : 29/03/1994

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Carie dentaire

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 : 23/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-787610

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Radiologie Al Kassar 19 Rés. Amal Rue de Sidi Mohammedia 0523 32 75 75</i>	15/11/23		150.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

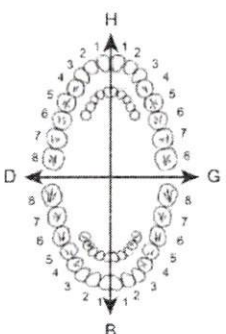
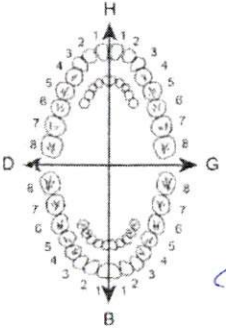
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 109141017639														
		consultation — gratuite		COEFFICIENT DES TRAVAUX —														
				MONTANTS DES SOINS 6—														
				DEBUT D'EXECUTION 14/11/23														
				FIN D'EXECUTION 14/11/23														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HOUMMADY Yassine
ORTHODONTISTE
 638, Bd Abdelkrim Khattabi
 Cité Chabab - Alia Mohammedia
 TEL : 0523.31.38.94/95

Dr. HOUMMADY Yassine

Orthodontiste

Diplômé de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Nantes

الدكتور همادي ياسين
طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في تقويم الأسنان
خريج كلية طب الأسنان بنانت

**SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE
DENTO-FACIALE
ENFANT ET ADULTE**

Mohammedia le :

14/11/2023

N° El Aloui Fatih Rachid

Rx Panoramic

Dr. HOUMMADY Yassine
ORTHODONTISTE
638, Bd Abdelkrim Khattabi
Cité Chabab - Alia - Mohammedia
TEL : 05 23 31 38 95

638, Boulevard Abdelkrim khattabi
(Cité Chabab) - Alia - Mohammedia

شارع عبد الكريم الخطابي 638
درب الشباب العالية الحمدي



05 23 31 38 95



05 23 31 38 94

Dr. HOUMMADY Yassine

Orthodontiste

Diplômé de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Nantes

الدكتور همامدي ياسين
طبيب جراحي للأسنان

إختصاصي في تقويم الأسنان
خريج كلية طب الأسنان بنانت

**SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE
DENTO-FACIALE
ENFANT ET ADULTE**

Mohammed le :

14/01/23

Rx Dento max

Centre de Radiologie AL Kasbah
N° 19 Res. Ismail Rue de Safi
Mohammedia
0523 32 75 75

638, Boulevard Abdelkrim khattabi
(Cité Chabab) - Alia - Mohammedia

شارع عبد الكريم الخطابي, 638
درب الشباب العالية المحمدي



05 23 31 38 95



05 23 31 38 94



IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

Nom du patient: Mr.EL ALAOUI FATHI RACHID Mohammedia, Le: 15/11/2023
Médecin Traitant: DR.HOUMMADY YASSINE

PANORAMIQUE DENTAIRE

- Secteurs édentés.
- Matériel de restauration coronaire en place.
- Soins dentaires.
- Bonne minéralisation osseuse.
- Absence de lésion apicale.
- Canaux alvéolaires libres.
- Bonne pneumatisation des sinus maxillaires.
- Absence de lésion lytique ou condensante suspecte.
- Respect des articulations temporo-mandibulaires.
- Respect des parties molles.

Cordialement
DR. REGRAGUI



URGENCES
24/24

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD
19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)
Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma
RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074

IRM 1, 5T - Scanner 40 barrettes - Echographie 3D/4D - Echographie Doppler - Radiologie numérique - Mammographie numérique 3D
par Tomosynthèse - Radiologie numérique dentaire par Cone Beam - Ostéodensitométrie - Radiologie interventionnelle

FACTURE

Patient(e) : EL ALAQUI FATHI RACHID

Date : 15/11/2023

N° Facture : 12464

NATURE DE L'EXAMEN	Consommable	Prix d'examen
PANORAMIQUE DENTAIRE	.00	150.00

Montant Total : 150 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Cinquante Dirhams Marocains Seul

Type de paiement : Espèce

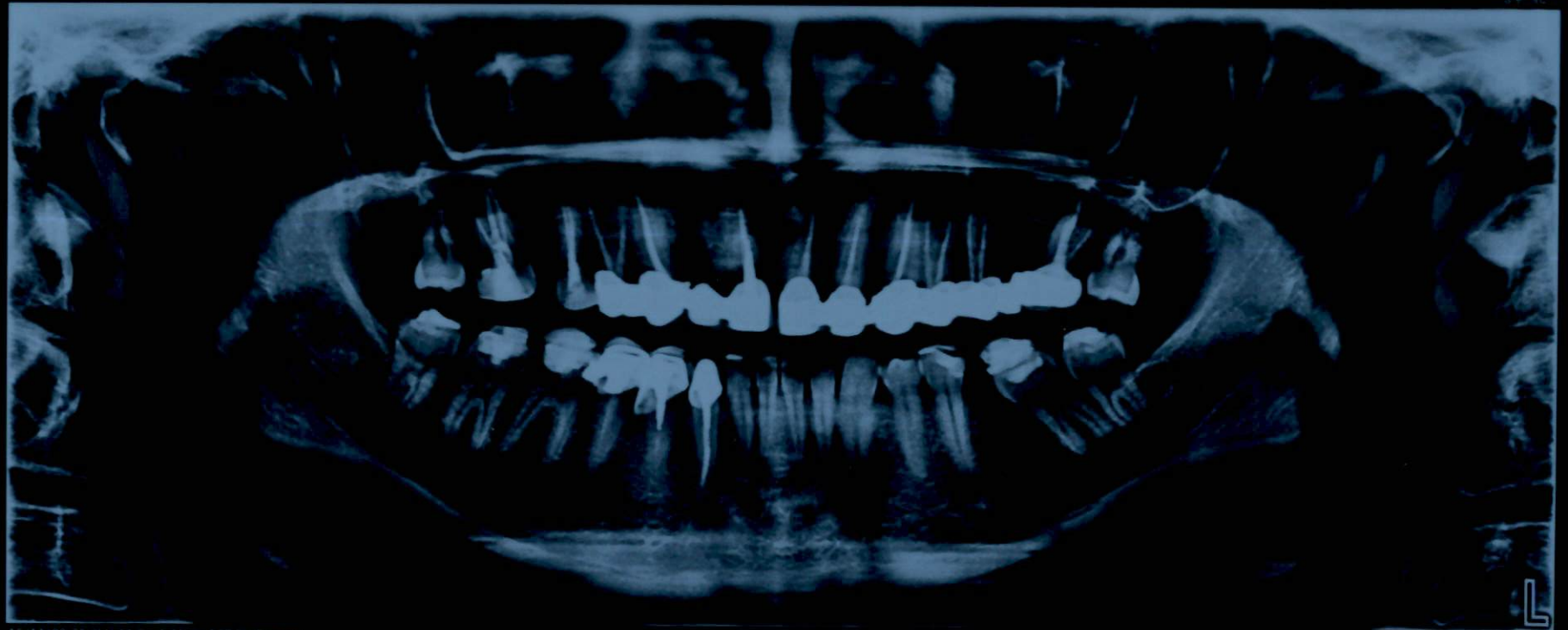
Centre de Radiologie Al Kasbah
N° 19 Rés. Ismail / Rue de Safi
Mohammedia
0523 32 75 75
INPE 090063835

URGENCES
24/24

Société S.A.R.L au Capital 2000000,00 MAD
19, Résidence Ismail - rue Safi - Kasbah - Mohammedia (en face de la gare de Mohammedia)
Tél : 0523 32 75 75 - contact@radiologiealkasbah.ma - www.radiologiealkasbah.ma
RC : 25427 - IF : 39578336 - CNSS : 2081619 - ICE : 002532696000074

EL ALAOUI FATHI RACHID: 28/03/94
ID RK33438

RADIOLOGIE AL KASBAH



15/11/23 71.0kV 11.0mA 15.2s 139.2mGy/cm