

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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

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

**Déclaration de Maladie** AMPL  
N° P19-0025476  
le 31/12/19 à l'adresse 22 04 22  
N° 1535 1

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1310

Société : RAO

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MERNISSI ASLOZIG

Date de naissance : 11/11/1951

Adresse :

Tél. : 0661410027

Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/10/19

Nom et prénom du malade : BOUJAFI HA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation 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 :

Le : 28/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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

*[Signature]*

## 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

09/10/19 *[Signature]* *[Signature]*

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien    Date des Soins    Nombre    Montant détaillé des Honoraires

A M    P C    I M    I V

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées    Nature des Soins    Coefficient

*Amputation 73*  
*(dent de la)*

COEFFICIENT DES TRAVAUX

*(23)*

MONTANTS DES SOINS

*200*

DEBUT D'EXECUTION

*8/10/19*

FIN D'EXECUTION

*8/10/19*

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

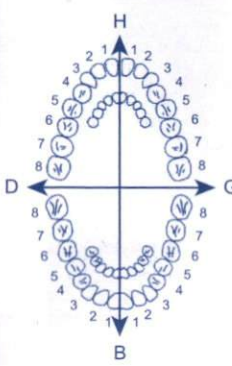
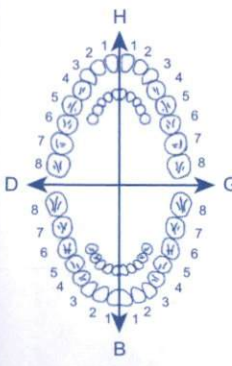
Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1, Impasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Casablanca  
Tél.: 05 22 99 48 04/05

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
		Correction 23		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		(dentelle)																
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1. Imasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca

Dr. Azeddine MELHAOUI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
1. Imasse Imam Aouzai  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca



**Dr. Azeddine MELHAOUI**

**Chirurgien-Dentiste**

Diplômé de la faculté de Médecine  
Dentaire de Monastir

Soins - Prothèses - Implants

1, Impasse Imam Aouzaï, Bd. Yacoub  
El Mansour - Casablanca - Tél.: 0522. 99.48.04/05

**الدكتور عز الدين ملحاوي**

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالمنستير

علاج - تركيب وزرع الأسنان

1, زنقة الإمام الأوزاعي - شارع يعقوب المنصور  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522. 99.48.04/05

Casablanca, le 8/10/19 ..... في الدار البيضاء.

Attestation Fatima.

Come Beam superieur.

**Dr. Azeddine MELHAOUI**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
1, Impasse Imam Aouzaï  
Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 05 22 99 48 04/05 - Casablanca

RADIOLOGIE ABOU  
27, Rue Ilyia Abou Madi Gauthier  
Casablanca  
Tél.: 0522 20 34 57 Fax: 0522 47 40 00



Nom & prénom : MERNISSI FATIHA

FACTURE N° : 19/018445

Date : 09/10/2019

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
DENTASCAN MAXILLAIRE	700,00
<u>Total Montant</u>	
700,00	

07 Rue Ily Abou Madi Gautier  
Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57/58 Fax: 0522 47 40 09

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

SEPT CENT DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 09/10/2019

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

## Reçu patient

Dossier N° : AK328009



Examen (s) 09/10/2019  
DENTASCAN MAXILLAIRE

Total : 700,00  
Payé : 700,00 CHEQUE/ESPECES  
Solde : 0,00

Cachet et signature du cabinet

*Dossier*  
*Reçu*

RADIOLOGIE ABOUMADI  
[www.radiologie-aboumadi.com](http://www.radiologie-aboumadi.com)

27, Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc  
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:  
[contact@radiologie-aboumadi.com](mailto:contact@radiologie-aboumadi.com)  
Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884  
ICE : 001342320000052

**Veillez acquitter votre facture à la caisse  
avant tout retrait de résultats et de  
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 09/10/2019 à 17:02 par :  
IBTISSAM

Patient : **MERNISSI FATIHA**

Age : 67 ans

Organisme : AVANCE

N° CIN :

Médecin prescripteur : DR. MELHAOUI AZEDDINE

Médecin radiologue : DR\_BERRADA\_AZ\_EL\_ARAB

## Conditions générales extrait du règlement intérieur AK328009

- \* Les résultats des examens sont remis de 9h00 à 13h00 et de 15h00 à 19h00 durant la semaine et de 9h00 à 13h00 le samedi sauf urgence.
- \* Le délai de remise des résultats est de 24h sauf cas particulier ou urgence.
- \* En cas d'urgence médicale ou pour toute information particulière, veuillez informer le responsable de l'accueil.
- \* Les patients couverts par une mutuelle ou une assurance conventionnée avec le cabinet, sont priés de se présenter munis de leurs prises en charges valides. La partie exclue de la prise en charge sera réclamée au patient.
- \* Les pourboires sont strictement INTERDITS.
- \* Les patients qui viennent pour un examen sont invités à prendre un ticket à l'entrée afin de respecter l'ordre de passage à l'accueil.
- \* Le reçu devra être présenté à l'accueil afin de pouvoir récupérer vos résultats, à défaut il ne pourra y avoir de contestation.
- \* Toutes les réclamations éventuelles seront faites directement auprès des responsables de l'accueil, par téléphone au 0522203457/58 ou par mail.
- \* Pour nous permettre d'améliorer nos services, merci de formuler vos remarques et suggestions.

Suggestions: .....

.....

.....

.....

.....





Casablanca le 09/10/2019

**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

**PATIENT : MERNISSI FATIHA**  
**MEDECIN TRAITANT : DR. MELHAOUI AZEDDINE**  
**EXAMEN(S) REALISE(S) : DENTASCAN MAXILLAIRE**  
**F**

Exploration maxillaire par cône beam en acquisition volumique.  
Reconstructions para sagittales.

**Protocole d'examen :**

Coupes en incidences axiales parallèles au plan d'occlusion.  
Epaisseur de coupes 0.63 mm.

**Automatisation de la reconstruction.**

Une série de reconstructions coronales obliques est réalisées  
perpendiculaire à l'arcade maxillaire.

Les reconstructions coronales obliques sont numérotées de la droite  
vers la gauche.

L'épaisseur des reconstructions est de 1 mm.

Espacement des reconstructions est de 1 mm.

Une série de reconstructions curvilignes panoramiques est effectuée  
parallèle à l'arcade maxillaire.

L'ensemble des images présentées sont en grandeur réelle permettant  
une mesure directe sans coefficient d'agrandissement.

La dose reçue par le patient : PDL= 855 mGy.cm

**NB : ci-joint un CD comportant la totalité de l'examen avec la  
possibilité de réaliser sur votre PC une planification pré  
implantaire.**

Confraternellement  
**DR BERRADA AZ EL ARAB**  
**INPE : 091032870**

SN: 919-0025476  
23/10/2019

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle