

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0028704

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2585

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN FATHA

Date de naissance : 28.1.57

Adresse : 180 Rue ENNASSIRINE Hay ELROO CAS

Tél. : 0689380990

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE
CHIRURGIEN DENTISTE
235, Bd- Yacoub El Mansour Rés. Alfanal
2ème Etage - Casablanca
Tél: 05 22 95 14 83 - 05 22 94 08 54
ICE: 00181000000045 - IF: 43805905

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/12/2022

Nom et prénom du malade : M^r CHERKAoui Abderrazak

Age : 71

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douls pour Gout et prothèse fonctionnelle

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Gati

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0028704

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

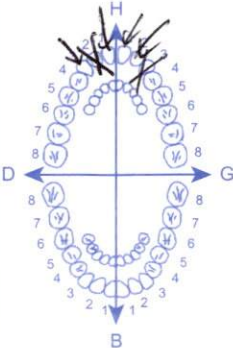
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

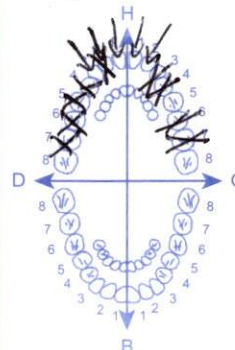
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	
	1 2	extra	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	2 3		D10	
	1 3	O.R.T.	D15	MONTANTS DES SOINS
	1 1		D15	
	2 1		D15	
	2 2		D15	
	ARC sup déboulage		D30	DEBUT D'EXECUTION
	ARC inf déboulage		D30	
	C.H.			FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

fonctionnelle	
	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Appareil dentaire
Arcade sup.
Dents Absentes (24, 26, 27
12/14/15/16/17)

COEFFICIENT DES TRAVAUX D240

MONTANTS DES SOINS 3500 DH

DATE DU DEVIS 7/14/2022

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DR. HANSALI EL KRAMI OUAFAE
 CHIRURGIEN DENTISTE
 235, Bd. Yacoub El Manssour - Casablanca
 2ème Etage - 05 22 94 08 54
 Tél: 05 22 94 08 54
 ICE: 0018760 - I.F: 43805905

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

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

M22- 0028698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2585 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHAKROUN PATIWA

Date de naissance : 28/1/57

Adresse : 182 Rue ENNASSRINE HAY ERRAJ

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2022

Nom et prénom du malade : M^{re} HERKACUI Abderrazak Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dent. par Fosse en charge dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 12/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0028698

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

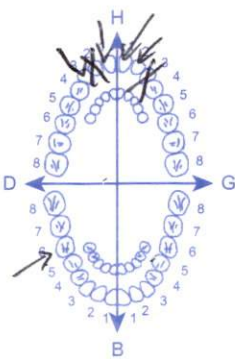
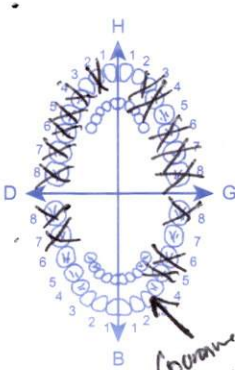
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.							
Important : 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			
	1 2	} Aestuari	Duo	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	D ₁₂₅ .		
	2 3		Duo-				
	1 3	} obt	Dur	MONTANTS DES SOINS	700 DA		
	1 1		Dur				
	2 1	} cur	Dur				
	2 2		Dur				
	4 6	} Coupoir k.	Dur				
			Dur				
					DEBUT D'EXECUTION		
					FIN D'EXECUTION		
Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE CHIRURGIEN DENTISTE 235, Bd-Yacoub El Mansour Rés. Alanfal 2ème Etage - Casablanca Tél : 05 22 95 22 94 08 54 / 43805905 DETERMINATION DU COEFFICIENT ICE : MASTICATOIRE							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		H			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	D ₅₆₀ .	
	D	25533412 00000000	G	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS	10 000 DA	
	B	00000000 35533411		00000000 11433553			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DU DEVIS	R/10/2022
	33 / Couronne Céramique					DATE DE L'EXECUTION	
	Apparat Vulpst Réline Supérieur et inférieur						
	Coronne Céramique						
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE CHIRURGIEN DENTISTE 235, Bd-Yacoub El Mansour Rés. Alanfal 2ème Etage - Casablanca Tél : 05 22 95 22 94 08 54 / 43805905							

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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
	1 2	}	Aestécarie	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₂₅	
	2 3			D ₁₀₋		
	1 3		obt	D _{1r}	MONTANTS DES SOINS 300 DA	
	1 1			D _{1r}		
	2 1	} cur	D _{1r}			
	2 2					
	4 6	Composit.	D _{1r}			
			D _{1r}			
	Détaillage (2 heures)				D ₃₀	DEBUT D'EXECUTION
	Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE CHIRURGIEN DENTISTE 235, Bd. Yacoub El Mazaoui Rés. Alanfal 2eme Etage - Casablanca Tél: 05 22 95 11 88 DE F: 34 08 54 ICE: RA 16 500 000 000 CEEFICENT				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRE					COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₅₆₀	
		<div><div>H</div><div><div>D</div><div>G</div></div><div>B</div></div> <div><div>25533412</div><div>00000000</div></div> <div><div>21433552</div><div>00000000</div></div> <div><div>00000000</div><div>35533411</div></div> <div><div>00000000</div><div>11433553</div></div> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div>33 / Couronne Céramique</div> <div>Apparat Vulpesl Réline Supérieur et inférieur</div> <div>Couronne Céramique</div>			MONTANTS DES SOINS 10 000 DA	
DATE DU DEVIS					<div>R/10/2022</div>	
DATE DE L'EXECUTION						

VISA ET CACHET DU DENTISTE
Dr HANSALI EL KRAMI OUAFAE
CHIRURGIEN DENTISTE
235, Bd- Yacoub El Mansour Rés. Almarfa
2ème étage - Casa Blanca
Tel: 05 22 95 14 86 / 05 22 94 08 54
ICE : 00181680000005 LE 43805905

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dossier: 133179 
N° Dossier externe: PEC-2585-13/10/2022
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: CHERKAOUI ABDERAZZAK
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 13-10-2022 
Date de fin: 19-10-2022 
Date de saisie: 13-10-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
03-11-2022	ACC D94 +D290 OBT 11 13 21 22 46 +EXT 12+23 +DET 2S ET CCM 33 +PAP VALPLAST SUP 9 DEI

NTS 12 14 15 16 17 23 24 26 27 +PAP VALPLAST INF 3 DENTS 47 35 36 S/R RX APRES DE 33

Le 9 novembre 2022

DR. HANSALI EL KRAMI O.
235 BD YACOUB EL MANSOUR
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0002585_1957-01-28_FATIHA
N/REF : 20223130018418
Adhérent : BENCHKROUN FATIHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDERAZZAK CHERKAOUI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 4216.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1054.00 MAD

Validité de prise en charge : du 09-11-2022 au 09-02-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ABDERAZZAK CHERKAOUI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

S/R R. apures

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

- Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :
- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
 - Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
 - Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
 - Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

