

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. *et* *replaced* 133A70

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRANCHE KROUNI. FATHIA

Date de naissance : 28.1.57

Adresse : 180 Rue ENNAKSINE Hay ELZAOUI CAS

Tél. 0689380990 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.12.2022

Nom et prénom du malade : M. CHERKAOUI Abderrazak Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur dentaire 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 : Casablanca, le 05 JAN 2023

Signature de l'adhérent(e) : *Gah*

VOLET ADHÉRENT

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
<img alt="Dental chart showing teeth 12, 23, 13, 11, 21, 22, 46, 47, 48, 56, 57, 58, 66, 67, 68, 76, 77, 78, 86, 87, 88, 96, 97, 98, 106, 107, 108, 116, 117, 118, 126, 127, 128, 136, 137, 138, 146, 147, 148, 156, 157, 158, 166, 167, 168, 176, 177, 178, 186, 187, 188, 196, 197, 198, 206, 207, 208, 216, 217, 218, 226, 227, 228, 236, 237, 238, 246, 247, 248, 256, 257, 258, 266, 267, 268, 276, 277, 278, 286, 287, 288, 296, 297, 298, 306, 307, 308, 316, 317, 318, 326, 327, 328, 336, 337, 338, 346, 347, 348, 356, 357, 358, 366, 367, 368, 376, 377, 378, 386, 387, 388, 396, 397, 398, 406, 407, 408, 416, 417, 418, 426, 427, 428, 436, 437, 438, 446, 447, 448, 456, 457, 458, 466, 467, 468, 476, 477, 478, 486, 487, 488, 496, 497, 498, 506, 507, 508, 516, 517, 518, 526, 527, 528, 536, 537, 538, 546, 547, 548, 556, 557, 558, 566, 567, 568, 576, 577, 578, 586, 587, 588, 596, 597, 598, 606, 607, 608, 616, 617, 618, 626, 627, 628, 636, 637, 638, 646, 647, 648, 656, 657, 658, 666, 667, 668, 676, 677, 678, 686, 687, 688, 696, 697, 698, 706, 707, 708, 716, 717, 718, 726, 727, 728, 736, 737, 738, 746, 747, 748, 756, 757, 758, 766, 767, 768, 776, 777, 778, 786, 787, 788, 796, 797, 798, 806, 807, 808, 816, 817, 818, 826, 827, 828, 836, 837, 838, 846, 847, 848, 856, 857, 858, 866, 867, 868, 876, 877, 878, 886, 887, 888, 896, 897, 898, 906, 907, 908, 916, 917, 918, 926, 927, 928, 936, 937, 938, 946, 947, 948, 956, 957, 958, 966, 967, 968, 976, 977, 978, 986, 987, 988, 996, 997, 998, 1006, 1007, 1008, 1016, 1017, 1018, 1026, 1027, 1028, 1036, 1037, 1038, 1046, 1047, 1048, 1056, 1057, 1058, 1066, 1067, 1068, 1076, 1077, 1078, 1086, 1087, 1088, 1096, 1097, 1098, 1106, 1107, 1108, 1116, 1117, 1118, 1126, 1127, 1128, 1136, 1137, 1138, 1146, 1147, 1148, 1156, 1157, 1158, 1166, 1167, 1168, 1176, 1177, 1178, 1186, 1187, 1188, 1196, 1197, 1198, 1206, 1207, 1208, 1216, 1217, 1218, 1226, 1227, 1228, 1236, 1237, 1238, 1246, 1247, 1248, 1256, 1257, 1258, 1266, 1267, 1268, 1276, 1277, 1278, 1286, 1287, 1288, 1296, 1297, 1298, 1306, 1307, 1308, 1316, 1317, 1318, 1326, 1327, 1328, 1336, 1337, 1338, 1346, 1347, 1348, 1356, 1357, 1358, 1366, 1367, 1368, 1376, 1377, 1378, 1386, 1387, 1388, 1396, 1397, 1398, 1406, 1407, 1408, 1416, 1417, 1418, 1426, 1427, 1428, 1436, 1437, 1438, 1446, 1447, 1448, 1456, 1457, 1458, 1466, 1467, 1468, 1476, 1477, 1478, 1486, 1487, 1488, 1496, 1497, 1498, 1506, 1507, 1508, 1516, 1517, 1518, 1526, 1527, 1528, 1536, 1537, 1538, 1546, 1547, 1548, 1556, 1557, 1558, 1566, 1567, 1568, 1576, 1577, 1578, 1586, 1587, 1588, 1596, 1597, 1598, 1606, 1607, 1608, 1616, 1617, 1618, 1626, 1627, 1628, 1636, 1637, 1638, 1646, 1647, 1648, 1656, 1657, 1658, 1666, 1667, 1668, 1676, 1677, 1678, 1686, 1687, 1688, 1696, 1697, 1698, 1706, 1707, 1708, 1716, 1717, 1718, 1726, 1727, 1728, 1736, 1737, 1738, 1746, 1747, 1748, 1756, 1757, 1758, 1766, 1767, 1768, 1776, 1777, 1778, 1786, 1787, 1788, 1796, 1797, 1798, 1806, 1807, 1808, 1816, 1817, 1818, 1826, 1827, 1828, 1836, 1837, 1838, 1846, 1847, 1848, 1856, 1857, 1858, 1866, 1867, 1868, 1876, 1877, 1878, 1886, 1887, 1888, 1896, 1897, 1898, 1906, 1907, 1908, 1916, 1917, 1918, 1926, 1927, 1928, 1936, 1937, 1938, 1946, 1947, 1948, 1956, 1957, 1958, 1966, 1967, 1968, 1976, 1977, 1978, 1986, 1987, 1988, 1996, 1997, 1998, 2006, 2007, 2008, 2016, 2017, 2018, 2026, 2027, 2028, 2036, 2037, 2038, 2046, 2047, 2048, 2056, 2057, 2058, 2066, 2067, 2068, 2076, 2077, 2078, 2086, 2087, 2088, 2096, 2097, 2098, 2106, 2107, 2108, 2116, 2117, 2118, 2126, 2127, 2128, 2136, 2137, 2138, 2146, 2147, 2148, 2156, 2157, 2158, 2166, 2167, 2168, 2176, 2177, 2178, 2186, 2187, 2188, 2196, 2197, 2198, 2206, 2207, 2208, 2216, 2217, 2218, 2226, 2227, 2228, 2236, 2237, 2238, 2246, 2247, 2248, 2256, 2257, 2258, 2266, 2267, 2268, 2276, 2277, 2278, 2286, 2287, 2288, 2296, 2297, 2298, 2306, 2307, 2308, 2316, 2317, 2318, 2326, 2327, 2328, 2336, 2337, 2338, 2346, 2347, 2348, 2356, 2357, 2358, 2366, 2367, 2368, 2376, 2377, 2378, 2386, 2387, 2388, 2396, 2397, 2398, 2406, 2407, 2408, 2416, 2417, 2418, 2426, 2427, 2428, 2436, 2437, 2438, 2446, 2447, 2448, 2456, 2457, 2458, 2466, 2467, 2468, 2476, 2477, 2478, 2486, 2487, 2488, 2496, 2497, 2498, 2506, 2507, 2508, 2516, 2517, 2518, 2526, 2527, 2528, 2536, 2537, 2538, 2546, 2547, 2548, 2556, 2557, 2558, 2566, 2567, 2568, 2576, 2577, 2578, 2586, 2587, 2588, 2596, 2597, 2598, 2606, 2607, 2608, 2616, 2617, 2618, 2626, 2627, 2628, 2636, 2637, 2638, 2646, 2647, 2648, 2656, 2657, 2658, 2666, 2667, 2668, 2676, 2677, 2678, 2686, 2687, 2688, 2696, 2697, 2698, 2706, 2707, 2708, 2716, 2717, 2718, 2726, 2727, 2728, 2736, 2737, 2738, 2746, 2747, 2748, 2756, 2757, 2758, 2766, 2767, 2768, 2776, 2777, 2778, 2786, 2787, 2788, 2796, 2797, 2798, 2806, 2807, 2808, 2816, 2817, 2818, 2826, 2827, 2828, 2836, 2837, 2838, 2846, 2847, 2848, 2856, 2857, 2858, 2866, 2867, 2868, 2876, 2877, 2878, 2886, 2887, 2888, 2896, 2897, 2898, 2906, 2907, 2908, 2916, 2917, 2918, 2926, 2927, 2928, 2936, 2937, 2938, 2946, 2947, 2948, 2956, 2957, 2958, 2966, 2967, 2968, 2976, 2977, 2978, 2986, 2987, 2988, 2996, 2997, 2998, 3006, 3007, 3008, 3016, 3017, 3018, 3026, 3027, 3028, 3036, 3037, 3038, 3046, 3047, 3048, 3056, 3057, 3058, 3066, 3067, 3068, 3076, 3077, 3078, 3086, 3087, 3088, 3096, 3097, 3098, 3106, 3107, 3108, 3116, 3117, 3118, 3126, 3127, 3128, 3136, 3137, 3138, 3146, 3147, 3148, 3156, 3157, 3158, 3166, 3167, 3168, 3176, 3177, 3178, 3186, 3187, 3188, 3196, 3197, 3198, 3206, 3207, 3208, 3216, 3217, 3218, 3226, 3227, 3228, 3236, 3237, 3238, 3246, 3247, 3248, 3256, 3257, 3258, 3266, 3267, 3268, 3276, 3277, 3278, 3286, 3287, 3288, 3296, 3297, 3298, 3306, 3307, 3308, 3316, 3317, 3318, 3326, 3327, 3328, 3336, 3337, 3338, 3346, 3347, 3348, 3356, 3357, 3358, 3366, 3367, 3368, 3376, 3377, 3378, 3386, 3387, 3388, 3396, 3397, 3398, 3406, 3407, 3408, 3416, 3417, 3418, 3426, 3427, 3428, 3436, 3437, 3438, 3446, 3447, 3448, 3456, 3457, 3458, 3466, 3467, 3468, 3476, 3477, 3478, 3486, 3487, 3488, 3496, 3497, 3498, 3506, 3507, 3508, 3516, 3517, 3518, 3526, 3527, 3528, 3536, 3537, 3538, 3546, 3547, 3548, 3556, 3557, 3558, 3566, 3567, 3568, 3576, 3577, 3578, 3586, 3587, 3588, 3596, 3597, 3598, 3606, 3607, 3608, 3616, 3617, 3618, 3626, 3627, 3628, 3636, 3637, 3638, 3646, 3647, 3648, 3656, 3657, 3658, 3666, 3667, 3668, 3676, 3677, 3678, 3686, 3687, 3688, 3696, 3697, 3698, 3706, 3707, 3708, 3716, 3717, 3718, 3726, 3727, 3728, 3736, 3737, 3738, 3746, 3747, 3748, 3756, 3757, 3758, 3766, 3767, 3768, 3776, 3777, 3778, 3786, 3787, 3788, 3796, 3797, 3798, 3806, 3807, 3808, 3816, 3817, 3818, 3826, 3827, 3828, 3836, 3837, 3838, 3846, 3847, 3848, 3856, 3857, 3858, 3866, 3867, 3868, 3876, 3877, 3878, 3886, 3887, 3888, 3896, 3897, 3898, 3906, 3907, 3908, 3916, 3917, 3918, 3926, 3927, 3928, 3936, 3937, 3938, 3946, 3947, 3948, 3956, 3957, 3958, 3966, 3967, 3968, 3976, 3977, 3978, 3986, 3987, 3988, 3996, 3997, 3998, 4006, 4007, 4008, 4016, 4017, 4018, 4026, 4027, 4028, 4036, 4037, 4038, 4046, 4047, 4048, 4056, 4057, 4058, 4066, 4067, 4068, 4076, 4077, 4078, 4086, 4087, 4088, 4096, 4097, 4098, 4106, 4107, 4108, 4116, 4117, 4118, 4126, 4127, 4128, 4136, 4137, 4138, 4146, 4147, 4148, 4156, 4157, 4158, 4166, 4167, 4168, 4176, 4177, 4178, 4186, 4187, 4188, 4196, 4197, 4198, 4206, 4207, 4208, 4216, 4217, 4218, 4226, 4227, 4228, 4236, 4237, 4238, 4246, 4247, 4248, 4256, 4257, 4258, 4266, 4267, 4268, 4276, 4277, 4278, 4286, 4287, 4288, 4296, 4297, 4298, 4306, 4307, 4308, 4316, 4317, 4318, 4326, 4327, 4328, 4336, 4337, 4338, 4346, 4347, 4348, 4356, 4357, 4358, 4366, 4367, 4368, 4376, 4377, 4378, 4386, 4387, 4388, 4396, 4397, 4398, 4406, 4407, 4408, 4416, 4417, 4418, 4426, 4427, 4428, 4436, 4437, 4438, 4446, 4447, 4448, 4456, 4457, 4458, 4466, 4467, 4468, 4476, 4477, 4478, 4486, 4487, 4488, 4496, 4497, 4498, 4506, 4507, 4508, 4516, 4517, 4518, 4526, 4527, 4528, 4536, 4537, 4538, 4546, 4547, 4548, 4556, 4557, 4558, 4566, 4567, 4568, 4576, 4577, 4578, 4586, 4587, 4588, 4596, 4597, 4598, 4606, 4607, 4608, 4616, 4617, 4618, 4626, 4627, 4628, 4636, 4637, 4638, 4646, 4647, 4648, 4656, 4657, 4658, 4666, 4667, 4668, 4676, 4677, 4678, 4686, 4687, 4688, 4696, 4697, 4698, 4706, 4707, 4708, 4716, 4717, 4718, 4726, 4727, 4728, 4736, 4737, 4738, 4746, 4747, 4748, 4756, 4757, 4758, 4766, 4767, 4768, 4776, 4777, 4778, 4786, 4787, 4788, 4796, 4797, 4798, 4806, 4807, 4808, 4816, 4817, 4818, 4826, 4827, 4828, 4836, 4837, 4838, 4846, 4847, 4848, 4856, 4857, 4858, 4866, 4867, 4868, 4876, 4877, 4878, 4886, 4887, 4888, 4896, 4897, 4898, 4906, 4907, 4908, 4916, 4917, 4918, 4926, 4927, 4928, 4936, 4937, 4938, 4946, 4947, 4948, 4956, 4				

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



Déclaration de Maladie

M22- 0028698

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Adhérent(e) : *Abdelkader*

Matricule : *2585*

Société : *Royal Air Maroc*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENCHAICROU*

Date de naissance : *01/01/1957*

Adresse : *182 Rue ENNAKSIRINE Hay Errassas*

Code postal : *10000*

Tél. : *05 22 20 45 45*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *12/10/2022*

Nom et prénom du malade : *M² AÏER KAOUI*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Delit par fusé*

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*

Date : *01/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Gallouj*



VOLET ADHÉRENT

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 : *2585*

Nom de l'adhérent(e) : *Abdelkader*

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 *DR apvés*

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS : *DR*

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.

