

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0049724

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3018 Société : RAM 159846
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. BAATARI EL HOUSSEINE
 Date de naissance : 27/04 - 1958
 Adresse :
 Tél. : 0667676360 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/9/23
 Nom et prénom du malade : BAATARI EL MAHMOUD Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Soins + prothèses 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 : 21/9/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049724

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 :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

N.B. = Le patient Denis Annule et remplace celui du 27/4/23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nabil des Nations 13, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 :

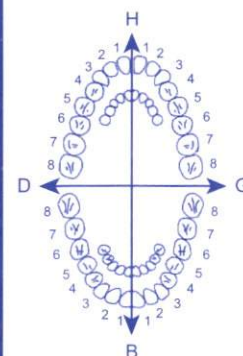
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



16 TR + obt = D₂₅ + D₃₃
avec Ancre
Radiculaire

COEFFICIENT DES TRAVAUX

230 + D₁₂₆

15 obt. avec Term = D₃₃
Radiculaire

MONTANTS DES SOINS

4650,00

12 Reprise TR - D₁₀ + D₁₁
+ obt (3 fois)

DEBUT D'EXECUTION

27/9/23

25 TR + obt = D₃₀
45-46 ext = D₁₀
36 ext = D₁₀

D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

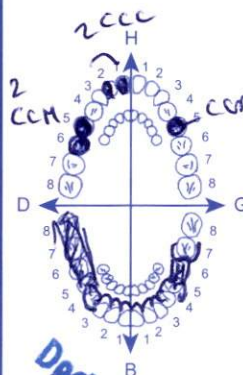
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D₁₁₀₅

MONTANTS DES SOINS

22.100,00



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

2 CCM / 16-15 = D₃₆₀ = 7200,00

DATE DU DEVIS

27/9/23

2. C. Céramo céramiques / 12-11 = D₄₀₀ = 8000,00

CCM / 25 = D₁₈₀ = 3600,00
Stellite Bas 4 éléments = 36-45-46-47 = D₁₆₅

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nabil des Nations 13, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0056392

REC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule :

3018

Société :

RAM 159846

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ME BAATARI EL HOUSSEINE

Date de naissance :

03-04-1958

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0667676360

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nabilouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél. 0522 73 87 87 - Casablanca

Date de consultation :

27/4/23

Nom et prénom du malade :

BAATARI EL MAHDI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Sains + prothèse 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 :

Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M22-0056392

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]

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

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	
	16	TR + obt	$= D_{25} + D_{33}$		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>D'EXECUTION</p>
	A 5	avec Tenm Radiuloh			
	12	obt. avec Tenm Radiuloh	$= D_{33}$		
	2x	Reprise de TR	$= D_{10} + D_{25}$		
	45-46	TR + obt	$= D_{30}$		
	36	exl	$= D_{10} \times 2$		
	5 Rx.	numenq	$= D_{10} \times 5$		

Dr. Zoubir BASSIRI
 D.D.S. M.D. (Dentist)
 H. 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 7

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																									
	<p>H</p> <table border="1"> <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></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4"> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"> <p>⊗ 2 CCM / 16-15</p> <p>= D360 = 720</p> </td> <td colspan="2"> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>27/4/13</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"> <p>⊗ 2 C. Céramo - céramiques /</p> <p>12-11 = D420 = 840</p> </td> <td colspan="2"> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"> <p>⊗ CCM / 15 = D180 = 360</p> <p>⊗ Stellite Bas 4 éléments :</p> </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td> <p>Docteur FOUBI BASSIRI</p> <p>Médecin Dentiste</p> <p>Bd. Nabloune - 1^{er} Etage</p> <p>Hay Al Rods - Bernoussi</p> <p>Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca</p> </td> <td colspan="2"> <p>36-45-46-47</p> <p>= D165</p> </td> <td colspan="2"> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> </td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000						B					<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					<p>⊗ 2 CCM / 16-15</p> <p>= D360 = 720</p>		<p>DATE DU DEVIS</p> <p>27/4/13</p>			<p>⊗ 2 C. Céramo - céramiques /</p> <p>12-11 = D420 = 840</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>			<p>⊗ CCM / 15 = D180 = 360</p> <p>⊗ Stellite Bas 4 éléments :</p>				<p>Docteur FOUBI BASSIRI</p> <p>Médecin Dentiste</p> <p>Bd. Nabloune - 1^{er} Etage</p> <p>Hay Al Rods - Bernoussi</p> <p>Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca</p>	<p>36-45-46-47</p> <p>= D165</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	
	25533412	21433552																																										
	00000000	00000000																																										
	D	G																																										
00000000	00000000																																											
	B																																											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																											
	<p>⊗ 2 CCM / 16-15</p> <p>= D360 = 720</p>		<p>DATE DU DEVIS</p> <p>27/4/13</p>																																									
	<p>⊗ 2 C. Céramo - céramiques /</p> <p>12-11 = D420 = 840</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																																									
	<p>⊗ CCM / 15 = D180 = 360</p> <p>⊗ Stellite Bas 4 éléments :</p>																																											
<p>Docteur FOUBI BASSIRI</p> <p>Médecin Dentiste</p> <p>Bd. Nabloune - 1^{er} Etage</p> <p>Hay Al Rods - Bernoussi</p> <p>Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca</p>	<p>36-45-46-47</p> <p>= D165</p>		<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																																									

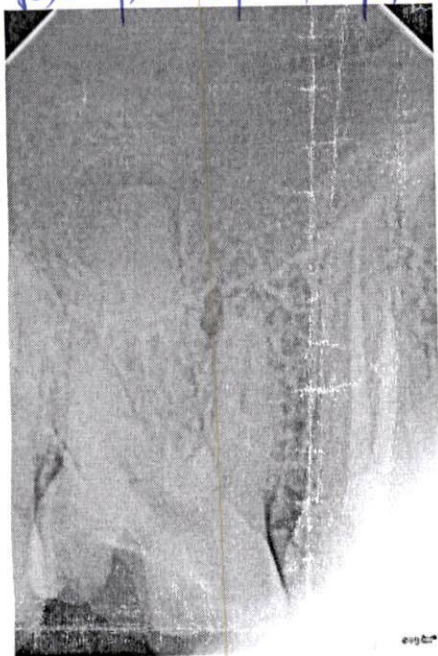
Docteur Zoubi BASSIRI
Médecin-Dentiste
 Bd. Nabloussi n° 143, 1er Etage
 Hay Al Qods - Bernoussi
 Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

Dr Zoubir Bassiri

ELMAHDI BAATAARI

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nablioues N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx. pré opératoire / 16



- Rx / 17



- Rx / 45 - 46








- Rx / 12 - 11



- Rx / 25.



N° Dossier: 159846 
N° Dossier externe: PEC-03018-08/05/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: BAATARI EL MAHDI
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 08-05-2023 
Date de fin: 08-05-2023 
Date de saisie: 08-05-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
05-06-2023	ACC D 151 +D1105 REBIO12 +REBIO+OBT 25 ET BIO+ANCRAGE 16 + OBT ANCRAGE 15 +EXT 45 46 +36 ET 3CCM 15 16 25 +2 CCC 12 11 ET STEL INF 4 DENTS 45 46 47 36 S/R RX PAN APRES DR ZOUBIR BASSIRI

159846



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Le 5 juin 2023

DR. BASSIRI ZOUBIR.
RUE H N 113 1ER ETAGE HAY EL QODS BERNOUSSI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0003018_1958-04-07_EL HOUSSINE
N/REF : 20231560022161
Adhérent : BAATARI EL HOUSSINE

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de EL MAHDI BAATARI.

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 : 23287.50 MAD
- Restant à charge adhérent : 2323.25 MAD

Validité de prise en charge : du 05-06-2023 au 05-09-2023.

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 EL MAHDI BAATARI.

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

LSY 4 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.