

claration de Maladie : N° S19-0046193

Dentaire

Optique

Autres

dre réservé à l'adhérent(e)

6927 Société :

Pensionné(e)  Autre :  
 nom : Benali Rachida Date de naissance : 1965

54 8274 40 Total des frais engagés : ..... Dhs

dre réservé au Médecin

médecin :

CASABLANCA  
 No 5 - Tel. : 443203 / 443352  
 65 Bd. la Résistance, Rés. Naâs  
 CHIRURGIEN DENTISTE

consultation :

nom du malade : Benali Rachida Age : .....

enté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

à maladie :

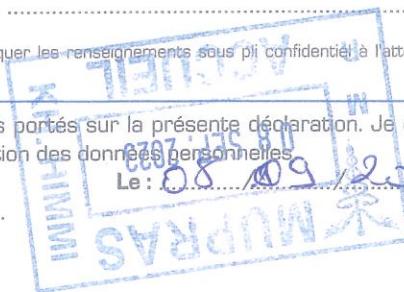
incident préciser les causes et circonstances : .....

si la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du si de la Mutuelle.

ir l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare  
 connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

le l'adhérent(e) : Casablanca

Le : 09/12/2023



LET ADHERENT

de maladie N° S19- 0046193

ce volet, découpez le et conservez le.  
 ssaire de le présenter pour toute

Matricule : Prise en charge  
 Nom de l'adhérent(e) : 6927

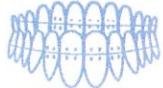
la présente

Center d'

**teur Benlamlilh Saâd**

:ialiste en Implantologie Orale  
de la Faculté de Medecine de Bordeaux  
Spécialiste en Orthodontie  
né de la Faculté de Medecine de Dijon

3d. la Resistance - Résidence  
Najiss 8 , 3ème Etage N° 5  
0522.44.32.03 / 0522.44.33.52



**الدكتور بنلمليح سعد**

أخصائي في زرع الأسنان

دبلوم كلية الطب بوردو

أخصائي في تقويم الأسنان

دبلوم كلية الطب ديجون

65، شارع المقاومة - إقامة

نرجيس 8 ، الطابق 3 ، رقم 5

0522.44.32.03

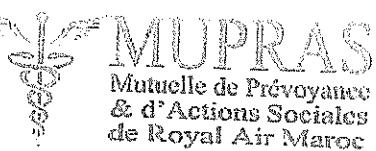
تلفون : 0522.44.33.52

Casablanca, le : ..... 27.2.24 ..... الدار البيضاء في :

Dr Benlamlilh Saâd

encliqu renouvelle la date  
le plus en charge un  
peu de 3 mois a été signé.

BENLAMLILH Saâd  
CHIRURGIEN DENTISTE  
65, Bd. la Résistance, Rés. Najiss  
No 5 Tel. 0522.44.32.03 / 0522.44.33.52  
CASABLANCA



CASABLANCA, Le 13 septembre 2023

DR. BENLAMLIH SAAD  
65 BD DE LA RESISTANCE  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE**

Identifiant adhérent : 06927\_1965-04-13\_RACHIDA

N/REF : 20232560023971

Adhérent : BENALI RACHIDA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de RACHIDA BENALI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* **14800.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 13-09-2023 au 13-12-2023.

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

Center 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 RACHIDA BENALI.

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

 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.

\* Pour information, la part adhérent : **1480.00 MAD**

# HELIÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes			Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

signature du pt du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

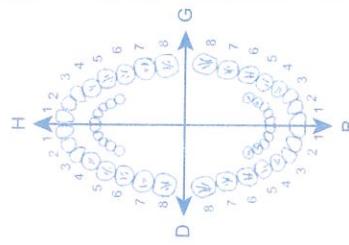
signature du praticien	Date des Soins	Nombre	A M	P C	I M	I V	Montant détaillé des Honoraires
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

ET ADHÉRENT

Intendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
CHIRURGIEN DENTISTE  
BEN LANGMILL LTD

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
CHIRURGIEN DENTISTE  
BEN LANGMILL LTD



26

102

26

102

26

102

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

Zen Dan 34 980  
1. 6 2 4 3 5 36  
2. 1 2 + 980 12

Cen

No 5 - T611 A N  
S600 B611 B611  
R611 R611 R611  
Naliss Naliss Naliss  
BEN LANGMILL LTD

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
CHIRURGIEN DENTISTE  
BEN LANGMILL LTD

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
CHIRURGIEN DENTISTE  
BEN LANGMILL LTD

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

NATURES DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

