

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



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

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033863

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **EL MTRAJI SOUFIANE**
 Date de naissance : **23/12/1968**
 Adresse : **Même adresse**
 Tél. : **06 66 782175** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Fatima Zahra BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
 Orthodontiste - Implantologiste
 Résidence Ibnou Rochd, 50, Rue des Hôpitaux
 N° 9 - 3ème Etage - CASABLANCA
 Téléphone : 05.22.49.10.59
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : **22/02/24**
 Nom et prénom du malade : **N. EL MTRAJI** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : **Reprise de soins orthodontiques**
 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 :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0033863

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 : **8232**
 Nom de l'adhérent(e) : **EL MTRAJI SOUFIANE**
 Total des frais engagés : **PEC**
 Date de dépôt : **25/02/2024**

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 :

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
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession. Repas Dem de sur cca sur 46 et 3 + 10 + 2 enlog unaphide verre de 46 et 3 (d'après dentiste) Dr. Fouad Zahra BERRADA CHIRURGIEN DENTISTE orthodontiste - implantologiste Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux N° 9 - 3ème Etage - CASABLANCA Téléphone : 49.10.59
	DENTIER sur 46 et 3 + 10 + 2 enlog unaphide verre de 46 et 3 (d'après dentiste) Dr. Fouad Zahra BERRADA CHIRURGIEN DENTISTE orthodontiste - implantologiste Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux N° 9 - 3ème Etage - CASABLANCA Téléphone : 49.10.59		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux
 N° 9 - 3ème Etage - CASABLANCA
 Téléphone : 49.10.59

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR FATIMA ZAHRA BERRADA

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancien Interne du CHU Ibnou Rochd

de Casablanca

Certificat de Parodontologie

Certificat d'Implantologie

Certificat Lumineers (Cerinate Smile Design)

Esthétique péri-buccale



الدكتورة فاطمة الزهراء بمرادة

طبيبة جراحية للأسنان

داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد

بالدار البيضاء

شهادة علاج اللثة

شهادة غرس الأسنان

شهادة تصميم الإبتسامة سريفايت

الدار البيضاء، في 24...2...22... Casablanca, le ..

Cher Confrère
J'ai reçu N'EL TIRAJI, Naouel Reda
en Consultation
J'avais demandé un devis pour le
résultat de 2 couronnes censées être
avec l'échantillon de votre modèle
Sur le 46: J'ai placé le biseau en
interdentaire et j'ai réalisé un contour
indirect. sur 46.
=> Je reprends un devis pour la réalisation
d'une couronne CCN sur 46
Sur 36: Demande également
la CCN: Je vous remercie

إقامة ابن رشد - 50, زفة المستشفيات - زاوية زنفة أبو بكر محمد ابن زهر - الدار البيضاء
06 61 87 43 96 - 05 22 49 10 59 - المستعجلات : 06 61 87 43 96

Résidence Ibn Rochd - 50, Rue des Hôpitaux - Angle Rue Mohamed Abou Bakr Ibn Zaher
(Face Hôpital Ibnou Rochd et Urgences) - Casa - Tél.: 05 22 49 10 59 - Urgence: 06 61 87 43 96

www.kenzidentaire.com - kenzidentaire@gmail.com

183464



CASABLANCA, Le 15 décembre 2023

DR. BERRADA FATIMA ZAHRA
50 AND QUARTIER DES HOPITAUX RUE ABOU BAKER MED
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
Identifiant adhérent : 08232_1968-12-23_SOUFIANE
N/REF : 20233490025835
Adhérent : EL MTRAJI SOUFIANE

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMED REDA EL MTRAJI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **7185.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 15-12-2023 au 15-03-2024.

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 MOHAMED REDA EL MTRAJI.

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.**

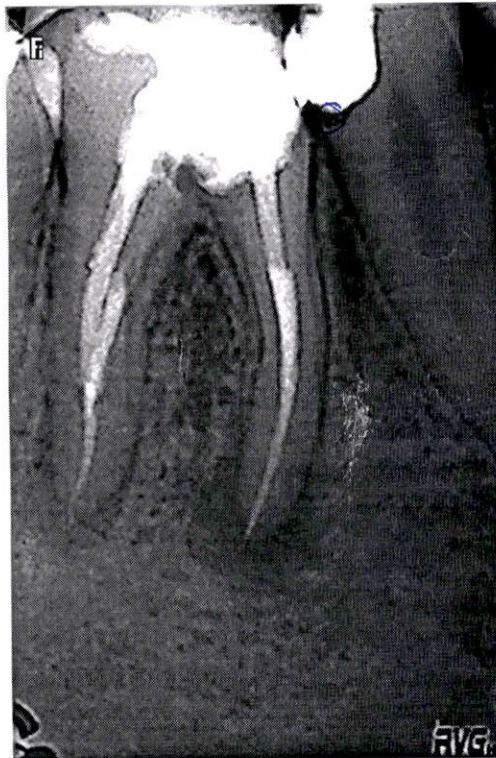
* Pour information, la part adhérent : **718.50 MAD**



ALC D45 + D450
+ 26.5/12 DA après

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RVA applique
D
de c en



Lin

Dr. Fatima Zahra BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
Orthodontiste - implantologiste
Résidence Ibnou Rochd - Rue des Hôpitaux
N° 9 - 3^{ème} Etage - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.49.10.59

RVC
entg

Dr. Fatima Ezzahra BERRADA
CHIRURGIE DENTISTE
Orthodontiste et implantologiste
Résidence Ibnou F. LAD-55 Rue des 'Hôpitaux
N° 9 - 3^{ème} Etage - CASABLANCA
Téléphone : 7722431059



RVG
Lin

RVC av V
lesion

Dr. Fatima Zahra BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
Orthodontiste - Implantologiste
Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux
N° 9 - 3^{ème} étage - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.49.10.59



Lin

Dr. Fatima Zahra BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
Orthodontiste - Implantologiste
Résidence Ibnou Rachid 130, Rue des 'Hôpitaux
N° 9 - 3^{ème} Etage - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.49.10.59

R. A. M. M. M.

Isin

Dental

Secca

Dental Imaging Software V6, 14, 0, 4



Lin