

Easaclauca 21/03/2024

Mme NATMA AGUERNI
NLE 7057

196718

DEMANDE D'ANNULATION
de Prise en charge

je vous prie de bien vouloir annuler
la prise en charge 196718

Cordialement

NATMA AGUERNI



Scand attent

Le 1 mars 2024

DR. BARAKATE SAMYA
RUE BACHIR LAALEJ RES LES IRIS APPT 2
VALFLEURI
CASABLANCA
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 007057_1965-01-09_NAIMA
N/REF : 20240610027360
Adhérent : AGUERNI NAIMA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NAIMA AGUERNI.

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 : 15750,00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1750,00 MAD

Validité de prise en charge : du 01-03-2024 au 01-06-2024.

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 Ali' Benabdellah, 49, Angle Rue Ali' Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage, Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à NAIMA AGUERNI.

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



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 honoraires des praticiens,
 - ✓ De la feuille de soins et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du dossier de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être correctement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF (ICE) et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

Acc D900
S/R Rx après

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0042020

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07057 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : AGUERNE NAIMA
Date de naissance : 08/04/1965
Adresse : Residence NADIA - MF appt 11
Bd ROUDANI
Tél. : 0661462677 Total des frais engagés : 28.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/02/2024
Nom et prénom du malade : Aguerne Naima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Demande de prise en charge
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 : 14/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042020

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 : 07057
Nom de l'adhérent(e) : AGUERNE NAIMA
Total des frais engagés :
Date de dépôt : 22/04/2024

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

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

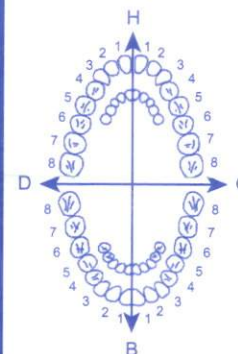
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

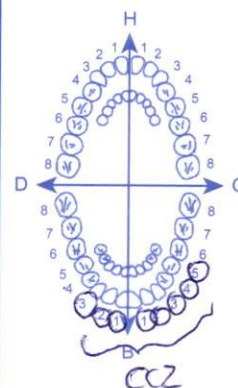
MONTANTS DES SOINS

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

Devis pour couronnes
en zircon
sur le set:
3534333231
614843

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Dental Studio

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. Bensakale Samy
Rue Bachir Lalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleur - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm^2 Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

 **Dental Studio**
~~Dr. Barakete Samy~~
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Boualaj Rés. Les Iris
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

Sexe:Femelle Age:

2024-02-14 17:38



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samye
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

DENTAL STUDIO

DR. BARAKATE SAMYA



DEVIS MME AGUERNI NAIMA

Identifiant fiscal : 52452439

ICE : 003077658000030

INPE : 064196157

<i>Nature du soin</i>	<i>TARIF</i>
- COURONNES EN CERAMIQUE ZIRCON SUR LA 35 34 33 32 31 41 42 43	28 000DH

 **Dental Studio**
Dr. Barakate Samya
Rue Bachir Lalej, Rés. Les Iris
Appt 2 Valfleuri - Casablanca
Tél : 06 00 61 22 99