

Orthopédie Dento Faciale
Implantation Dentaire
Soins Au Laser
Les Facettes Dentaire
Blanchiment Dentaire



٤٦٢٣٢

تقديم اعوجاج الاسنان
غرس الاسنان في الفك
العلاج بالليزر
تلبيس الاسنان
تبسيط الاسنان

Casablanca, le : 29/03/2021 ..

Facture N° : 2503121 / 20 ..

A : Maroc

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: el MOUHA FID SALMA
Pour soins

- Soins
- Prothèse
- ODF
- Implant

Dont le travail est achevé à la date du : 29/03/2021.

Et dont le montant est arrêté à la somme de : 1800,- ₡ par la Mutuelle
et 450,- ₡ par patient

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

DOCTEUR Aomar LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Implantologe - Dentiste
Orthopédie - Dento - Faciale
Sidi Maârouf 6 Av. Farouki Rahali N° 173
Casablanca - Tél : 05.22.80.99.27

Sidi Maârouf 6, Avenue Farouki Rahali N° 173 - 1^{er} étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 83 75 99 - 05 22 80 99 27

RC: 221116 - Patente: 34618488 - IF: 45326990 - CNSS: 2107101 - I.C.E: 001800819000010

Dr Aomar LATRACH

Orthopédie Dento Faciale
Implantation Dentaire
Soins Au Laser
Les Facettes Dentaire
Blanchiment Dentaire



الدكتور عمر لطراش

تقديم اعوجاج الاسنان
غرس الاسنان في الفك
العلاج بالليزر
تبييض الاسنان
تبييض الاسنان

Casablanca, le : 29/03/2021

Facture N° : 2903/21 /20 ..

A : ... Mupres ...

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: el YouHAFI O. SALMA.
Pour soins

- Soins
- Prothèse
- ODF
- Implant

Dont le travail est achevé à la date du : 29/03/2021

Et dont le montant est arrêté à la somme de : 1800,- par la Mutuelle
et 450,- par adhérent.

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

Dr Aomar LATRACH
Orthopédie Dentaire - Facette
Chirurgien Dentiste
Sidi Maârouf 6 Avenue Farouki Rahali N° 173 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 83 75 99 - 05 22 80 99 27

Sidi Maârouf 6, Avenue Farouki Rahali N° 173 - 1^{er} étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 83 75 99 - 05 22 80 99 27

RC: 221116 - Patente: 34618488 - IF: 45326990 - CNSS: 2107101 - I.C.E: 001800819000010

3339



Le 20 novembre 2020

DR. LATRACH AOMAR
173 AVENUE C SIDI MAAROUF 6
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

N/REF : : 20203250006681

Adhérent : EL MOUHAFID ABDELLATIF

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SALMA EL MOUHAFID.

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 : 1800.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 450.00 MAD

Validité de prise en charge : du 20-11-2020 au 20-02-2021.

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 SALMA EL MOUHAFID.

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



Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MOUTHAFFI A.BDELLAÏF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.61.12.22.39 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL MOUTHAFFI

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2021

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

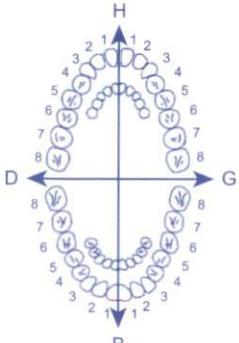
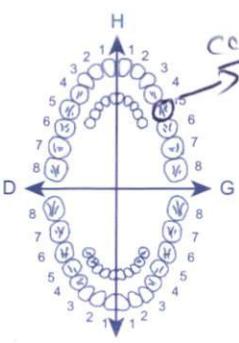
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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	Coefficient des Travaux	D 200	Coefficient des Travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		d 500,-	MONTANTS DES SOINS
	<i>Concours Cleano. métal sur le</i>		<i>25</i>	DATE DU DEVIS
			<i>D 200</i>	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DOCTEUR Aoutte LATRAC
Chirurgien-Dentiste
Implantation Dentaire
Orthopédie Dentaire - Faciale
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES ATTESTANT L'EXECU
Cassabianca - LCI : 03.22.08.99.27
N°173

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficent DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<p style="text-align: center;">MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
		B	00000000	00000000										
		G	35533411	11433553										
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Casablanca - Tel : 05 22 80 99 27
 DOCTEUR Ammar LATRACH
 Chirurgien - Dentiste
 Implantation Dentaire
 Orthopédie dentaire
 Orthodontie - Méthodo - Faciale
 VILLE DE CASABLANCA
 173