

Aomar LATRACH

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



الدكتور عمر لطرش

تقويم إعوجاج الأسنان
غرس الأسنان في الفك
العلاج بالليزر
تلييس الأسنان
تبييض الأسنان

46232

Casablanca, le : 29/03/2021

Facture N° : 2503/21 / 20 ..

A : Mupres

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: EL MOUHAFFID 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 : 1800,00 par la Mutuelle
et 450,00 par adhérent

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

DOCTEUR Aomar LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Implantation Dentaire
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

الدكتور عمر لطرش

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



تقويم إعوجاج الأسنان
غرس الأسنان في الفك
العلاج بالليزر
تلبيس الأسنان
تبييض الأسنان

Casablanca, le : 29/03/2021

Facture N° : 2903/21 / 20 ..

A: Нурнос.

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: EL YOUSSEF 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 : 1800,00 par la Mutuelle
et 450,00 par adhérent.

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

DOCTEUR AOMAR LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Implantation - Dento - Faciale
Orthopédie
Sidi Maatoug 6 km de Tlemcen
Casablanca - Tél : 05 22 80 99 548

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.

Diagnostique 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

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009857

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUHAFID ABDELLATIF**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.17.72.38** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **EL MOUHAFID** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Caducité ☒ Enfant

Nature de la maladie : **prothèse dentaire**

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 : **28/03/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

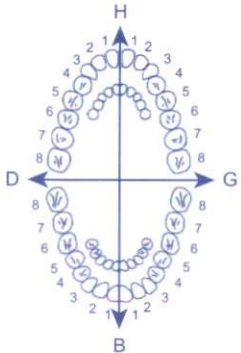
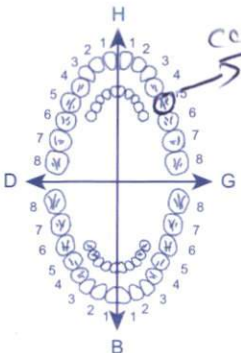
AM PC IM IV

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
											
											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	21433552	D	00000000	G	00000000	B	11433553	
	H	21433552									
	D	00000000									
	G	00000000									
	B	11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										
	<i>Couronne Céramo métal sur la</i>										
	<i>25</i>										
	<i>D200</i>										
COEFFICIENT DES TRAVAUX			<i>D200</i>								
MONTANTS DES SOINS			<i>2500,00</i>								
DATE DU DEVIS											
DATE DE L'EXECUTION			<i>29/03/20</i>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

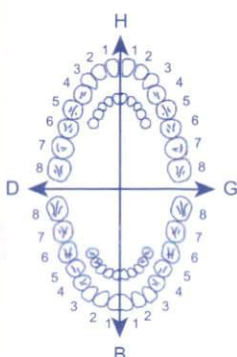
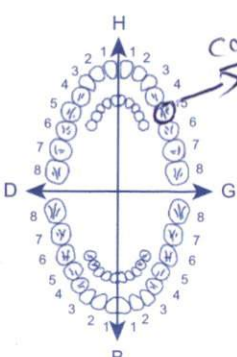
DOCTEUR AOMAR LATRACH
 Chirurgien - Dentiste
 Implantation Dentaire
 Orthopédie - Faciale
 N° 173 80 99 27
 Casablanca - Tel : 05 22 80 99 27

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 <input type="text"/>																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																							
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D200"/>
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D		B																								
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2500,00"/>																								
	Couronne Céramo métal sur la		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
	25		DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="29/03/2021"/>																								
D200																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DOCTEUR AOMAR LAIBACH
 Chirurgien - Dentiste
 Implantation Dentaire
 Orthopédie - Dentaire - Faciale
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
 72 66 08 22 - Tél : 05 22 22 80 99 27
 Casablanca - Maroc