

165488



165488

Le 6 juillet 2023

DR.BENJELLOUN SAAD
24 RUE 6 DERB EL FOUKARA
CASA
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0001658_1951-07-01_MOSTAFA

N/REF : 20231700022508

Adhérent : MAHRADY MOSTAFA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOSTAFA MAHRADY.

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 : 1944.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 216.00 MAD

Validité de prise en charge : du 19-06-2023 au 19-09-2023.

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 MOSTAFA MAHRADY.

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



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

165488

Centre Dentaire
Dr. Benjelloun Saad
Médecin Dentiste



مركز طب الأسنان
الدكتور ابن جلون سعد
طبيب أسنان

Facture N°: A07/2023

MUPRAS

Dr: BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca
Je soussigné, Certifié envoie reçu Monsieur
Mohamed Moustapha Pour:

Soins

Prothèse

ODF

Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 17 / 07 / 2023

et dont le montant est arrêté à la somme de: 1911,00

Mille neuf cent quatre-vingt-neuf dirhams

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176



BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr: BEN JELLODIN SAUD
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Ben Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

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

- Réclamation : 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.

N° W21-788714

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M A H R A D Y

M U S T A P H A

Date de naissance : 01/01/51

Adresse : La M

Tél. : 0664 170 732

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Siâd BENJELLOUN
Chirurgien Dentiste
24, rue 6, Place Lakhdar Bourguiba
Casablanca
Tél: 0520 08 57 57 / 0664 05 00 35

Date de consultation : 19/03/19

Nom et prénom du malade : Mahrady Mustapha

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) : 1659

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-788714

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 : 1659

Nom de l'adhérent(e) : Mahrady

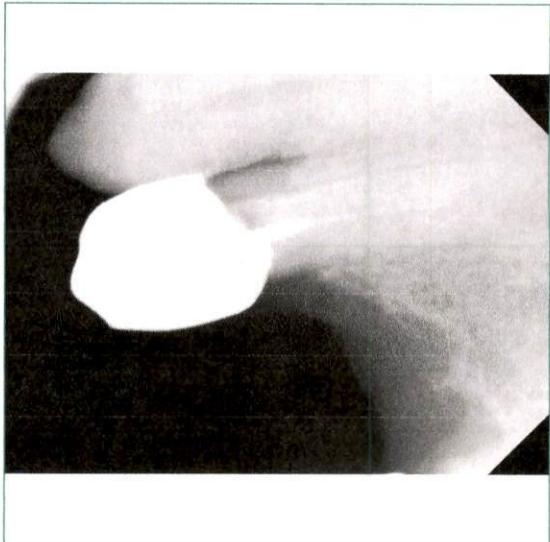
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

/07/2023

Chart No: 20230606_194648

Name: mahrady mustapha Gender: Homme Age: 0Y



Dr Ames

Dr: BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derfokara
1er étage - Passilana

15
SCEBENET CUN 8440
COPRODUCTOR - BURGER
SAFETY - DISPENSER
SCEBENET