

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.

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.



Directeur MUPRAS



Centre Dentaire
Dr. Benjelloun Saad
Médecin Dentiste



مركز طب الأسنان
الدكتور ابن جلون سعد
طبيب أسنان

Facture N°: 1007/2023

MUPRAS

Dr: BENJELLOUN SAAD

Chirurgien Dentiste

Je soussigné, Certifié envoi reçu Monsieur

24, Rue 6, Derb Fokara
1^{er} Etage - Casablanca

Pour:

Mahmoudy
Mustapha

- ☐ 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: 1914,00

Mille neuf cent quatorze Quatre dirhams

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176



24 rue 6 derb fokara, 1^{er} étage. Casablanca / Tél: 05 20 08 57 57 - 06 64 05 00 35

ICE: 002534662000051 - Patente: 34500439 - IF: 37555256 - INP: 094189982

Email: drbenjellounsaad@gmail.com

[illegible][illegible][illegible][illegible]

* 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	INP : 0841789982																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 250																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 250																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		B		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS 3000,00
	H		B																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D		G																	
	00000000	35533411	00000000	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 19/06/23																
	CCM sur 24			DATE DE L'EXECUTION 17/07/23																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-788714

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MUSTAPHA

Nom & Prénom : MAHRADY

Date de naissance : 02/01/54

Adresse : La M

Tél : 0664 170732 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SESS ENUTI LOUN
Chirurgien Dentiste
24, rue 6, Rue Fekra 1er Etage
CASABLANCA
Tél: 0520 08 57 57 / 0664 05 00 35

Date de consultation : 19/06/23

Nom et prénom du malade : MAHRADY MUSTAPHA Age : 69

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 : 17/06/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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 MUSTAPHA
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

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

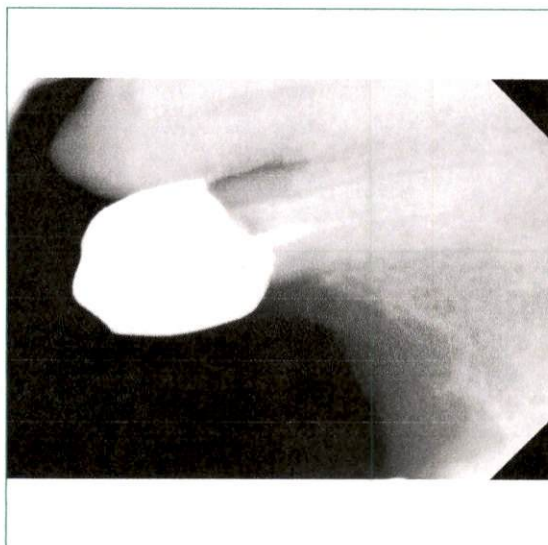
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

/07/2023

Chart No: 20230606_194648

Name: mahrady mustapha Gender: Homme Age: 0Y



24 Apr 23

Dr. BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Fokara
1er Etage, Casablanca

DR. BENJEL OUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue de la République
Téléphone : 02 22 22 22 22