

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N24489
get out of here

Déclaration de Maladie : N° S19-0046193

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *6927*

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : *Benali Rachida*

Date de naissance : *1965*

Adresse :

Tél. : *06.54.82.74.40* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd. la Résistance, Res. Nabilis
No 5 - Tel. : 44.32.03 / 44.33.52
CASA BLANCA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

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.

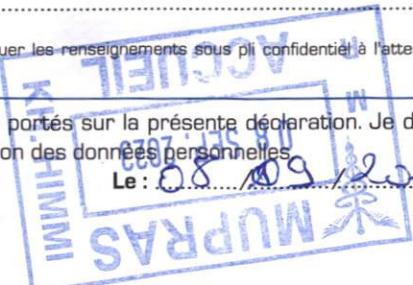
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Casablanca*

Le : *08/09/2023*

Signature de l'adhérent[e] :

G.F



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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

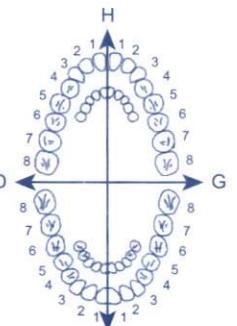
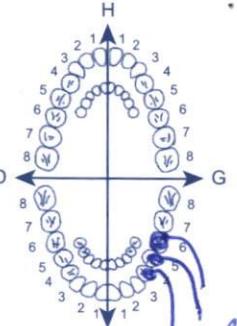
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

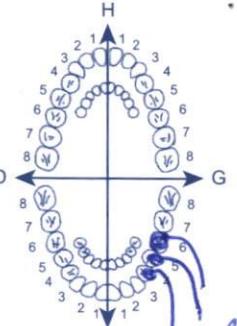
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	N Rx RN 6 D 6			COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_6 + D_6 = D_{12}$
	N Rx RN G D G			MONTANTS DES SOINS 105.000
				DEBUT D'EXECUTION 7-9-23
				FIN D'EXECUTION 25-3-24
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 1780
				MONTANTS DES SOINS 23.000
				DATE DU DEVIS 7-9-23
				DATE DE L'EXECUTION 25-3-24

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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


cen on 34 180
implant on 35,36
plts (120 + 180) / 2
cen

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Sous lequel le praticien atteste de l'exactitude de l'exécution
Signature : **BENLAMLIH Saad**
Chirurgien Dentiste
N° 5 - Tél. : 14.520.03 / 44.33.52
05, Bd. la Résistance Res. N° 1
Casablanca



CASABLANCA, Le 1 mars 2024

DR. BENLAMLIH SAAD
65 BD DE LA RESISTANCE
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
Identifiant adhérent : 06927_1965-04-13_RACHIDA
N/REF : 20240610027366
Adhérent : BENALI RACHIDA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de RACHIDA BENALI.
Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total
de* **14800.00 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 :

**Center 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 RACHIDA BENALI.

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

Directeur MUPRAS

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**

* Pour information, la part adhérent : **1480.00 MAD**

*ACC D740 +
S/R Rés après*



1744689



CASABLANCA, Le 13 septembre 2023

DR. BENLAMLIH SAAD
65 BD DE LA RESISTANCE
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 06927_1965-04-13_RACHIDA

N/REF : 20232560023971

Adhérent : BENALI RACHIDA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de RACHIDA BENALI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **14800.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 13-09-2023 au 13-12-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center 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 RACHIDA BENALI.

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

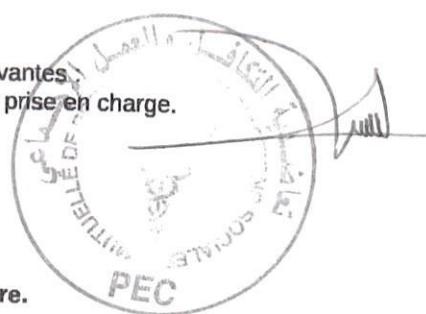
 Directeur MUPRAS

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.**

* Pour information, la part adhérent : **1480.00 MAD**



12

N° Dossier: 174489

N° Dossier externe: PEC-06927/08-09-23

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: BENALI RACHIDA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 08-09-2023

Date de fin: 08-09-2023

Date de saisie: 08-09-2023

Événement:

Liste de devis [▼]

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

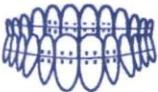
Date	Type	Commentaire
12-09-2023	Manuel	ACC D740 BCM 34 35 36 AVEC 2 IMP 35 36 S/R RX APRES DR BENLAMLIH SAAD
14-09-2023	Manuel	informée par appel
29-02-2024	Manuel	OK POUR RENOUVELLEMENT DE DATE

Docteur Benlamligh Saâd

Spécialiste en Implantologie Orale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste en Orthodontie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon

65, Bd. la Resistance - Résidence
Narjiss 8 , 3ème Etage N° 5
Tél. : 0522.44.32.03 / 0522.44.33.52



الدكتور بنلمليح سعد

أخصائي في زرع الأسنان
ديبلوم كلية الطب بوردو
أخصائي في تقويم الأسنان
ديبلوم كلية الطب ديجون

65، شارع المقاومة - إقامة
نرجيس 8 ، الطابق 3 ، رقم 5
0522.44.32.03
تلفون : 0522.44.33.52

Casablanca, le : 27.2.24 الدار البيضاء في :

Dr Benlamligh Saâd

Benlamligh renouvelle la date
de la pose en charge au
la période de 3 mois a été signée.

BENLAMLIH Saâd
CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd. la Résistance, Rés. Narjiss
No 5. Tél. 0522.44.32.03 / 0522.44.33.52
CASABLANCA

Docteur Benlamligh Saâd

Spécialiste en Implantologie Orale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Spécialiste en Orthodontie
Diplômé de la Faculté de Médecine de Dijon

65, Bd. la Resistance - Résidence
Narjiss 8 , 3ème Etage N° 5
Tél. : 0522.44.32.03 / 0522.44.33.52



الدكتور بنلمليح سعد

أخصائي في زرع الأسنان
دبلوم كلية الطب بوردو
أخصائي في تقويم الأسنان
دبلوم كلية الطب ديجون
65، شارع المقاومة - إقامة
نرجيس 8 ، الطابق 3 ، رقم 5
0522.44.32.03
تلفون : 0522.44.33.52

Casablanca, le : 253-24 الدار البيضاء في :

fatma
IF: 47102480
ILC: 001828707000045

Dr Benlamligh

cermettapp

me 34

- implant n 35 et 36 +
cermettapp

- 2 Rx RV 6
long et stable à vie tous les deux
et dur

BENLAMLIH Saâd
CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd. la Résistance Rés. Narjiss
N° 5 Tel. 0522.44.32.03 / 44.33.52
CASABLANCA

signé :

CB

RIB: 007780 00012200030541678

dr saad benlamlah

benali rachida 07/09/2023 # 34

