

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0046193

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6927 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

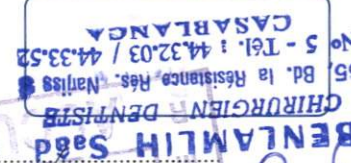
Nom & Prénom : Benali Rachida Date de naissance : 1965

Adresse :

Tél : 06 54 82 74 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Benali Rachida 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 : Casablanca Le : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 R 6 R V 6 D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 R 6 R V 6 D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | $\frac{1}{6} + \frac{1}{6}$ $= \frac{1}{3}$ | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | 103 100 | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | 7-9-23 | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | 25-3-24 | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| con on 34 $\frac{1}{180}$ | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| i ph t on 35 $\frac{1}{36}$ | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| con ph $(\frac{1}{180} + \frac{1}{180}) \times 2$ | | 25-3-24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

BENTAM LTH S&A
CHIRURGIEN DENTISTE
10, Résistance Rds. Nanterre
RD 5-161, 143, 52
CASABLANCA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
BEN AMILAH Saâd
 CHIRURGIEN DENTISTE
 65, Bd. la Résistance Res. N° 115
 N° 5 - Tél. : 44.52.03 / 44.33.52
 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 RACHIDA

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**

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 Benlamlih Saâd

Spécialiste en Implantologie Orale

Diplômé de la Faculté de Medecine de Bordeaux

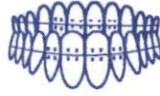
Spécialiste en Orthodontie

Diplômé de la Faculté de Medecine 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 Benlamlih Saâd

Veuillez renouveler la carte
de la prise en charge car
la période de 3 mois a été dépassée.

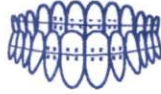
BENLAMLIH Saâd
CHIRURGIEN DENTISTE
65, Bd. la Résistance, Rés. Narjiss
N° 5 - Tél. 0522.44.32.03 / 44.33.52
CASABLANCA

Docteur Benlamlih 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 Résistance - Résidence
Narjiss 8, 3ème Etage N° 5
Tél. : 0522.44.32.03 / 0522.44.33.52



الدكتور بنلامليح 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 : 25-3-24 : الدار البيضاء في

fortune

IF: 47102490

ILE: 001828707000045

Dr Benali Rachid

— com — crown — metal —

me 34

— implant m 35 et 36 +

com — crown — metal —

— 2 Rx RV 6

— crown — metal —

BENLAMLIH Saâd
CHIRURGIEN / DENTISTE
65, Bd. la Résistance Rés. Narjiss 8
N° 5 - Tél. : 44.32.03 / 44.33.52
CASABLANCA

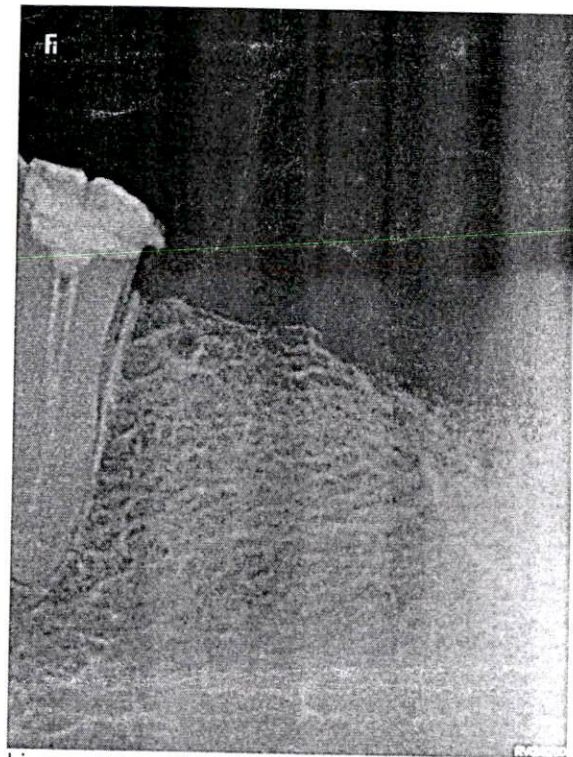
signé :

Cef B

RIB: 007780 000122200030541678

dr saad benlamlih

benali rachida 07/09/2023 # 34



Lin



Lin