

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie

M22- 0049500

Casier Anfa

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *M9161*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : *Lahouc Richa*

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *20/03/2023*

Nom et prénom du malade : *Dr Lahouc Richa* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Spins + prothèses Dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M22-0049500

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 - 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	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	14 retained 16 25 26	D D D B	3 D 28
			MONTANTS DES SOINS 16000
			DEBUT D'EXECUTION 20/03/23
			FIN D'EXECUTION [empty box]
			Coefficient DES TRAVAUX 6 D 80
			MONTANTS DES SOINS 18000
			DATE DU DEVIS 20/03/23
			DATE DE L'EXECUTION 27-06-23
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Docteur NADIA SAIDI Chirurgien Dentiste
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Maîtr Extérieur Tél: 06 22 25 32 73

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

recreation de bridge sur la 25.26 et 27
bridge sur la 14
16 et 17

Docteur NADIA SAIDI
Chirurgien Dentiste
101 Avenue Anatole France
92360 GENnevilliers
Tél: 06 22 25 32 73

N° Dossier: 154228 

N° Dossier externe: PEC-1894/22-03-23

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: LAHLOU AICHA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 22-03-2023 

Date de fin:

Date de saisie: 22-03-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
24-03-2023	Manuel	ACC D 80 +D1080 REBIO 14 16 25 27 +BCM 14 15 16 +BCM 25 26 27 S/R R

7428



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

Le 13 avril 2023

DR. SAADI NADIA
52, RUE SOCRATE Q. MAARIF EXTENSION 3EME ETGE APPT 7
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0001894_1942-01-20_AICHA

N/REF : 20231030021189

Adhérent : LAHLOU AICHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de AICHA LAHLOU.

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 : 17571.42 MAD
- Restant à charge adhérent : 1952.38 MAD

Validité de prise en charge : du 13-04-2023 au 13-07-2023.

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 AICHA LAHLOU.

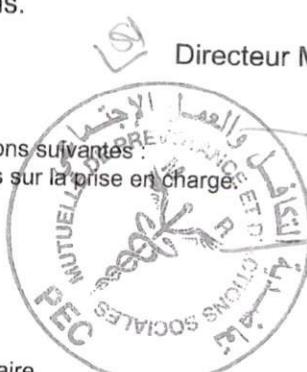
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

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.



الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI
Chirurgien Dentiste



Nº:1055

154228

Casablanca le

11-06-2022

IC: 001928126000013
Dr. SADI Nada

A L'attention de Nupras

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mme.....

LahLau Pichay

pour un montant de Dix-sept mille cinquante

Seixante-seis et quatre-vingt-deux cts

1957 1/142 mAs

Docteur NADIA SAAD
Chirurgie Dentaire
1^{er} Etage APP
1000 Bruxelles

PANORAMIQUE
RADIODILOGIE SOCRALE

DT

VisioPACS 2008

Expos :
Série: 1001

LATHOU AICHA

2010312023
18H02m07

MM 1055
MC43e

Expo: 20.08.2008

RADIODILOGIE SOCRALE
LATHOU AICHA

