

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



Ce devis annule et remplace l'ancien
A29478
Am-g
A29810

Déclaration de Maladie : N° S19-0050968

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10263 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SENBALI Mina Date de naissance : 08/06/1968
 Adresse : AZHAR II OULFA 86, Rue 68 Casablanca
 Tél. : 06269 88 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
1466, Bd Oum Errabi ET Oulfa
Casa : 2023
Tél : 05 22 93 48 38

Date de consultation : 20/10/2023
 Nom et prénom du malade : Senbali Mina Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins et prothèses dentaires
 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0050968

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 :

RELEVÉ 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
	3 7	Ext	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D69										
	3 8	Ext	D10											
	1 6	Rep II	D25	MONTANTS DES SOINS 1425,00										
	Der	1er Scm	D12											
	Der	2ème Scm	D12											
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX D580
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 11600,00											
Demande d'accord: Fm: 16 D60 Ccm: 15-16 D180x2 Stellite remplace: 12-26-27 D120+D40														
			DATE DU DEVIS 20/11/23											
			DATE DE L'EXECUTION 											

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien
Orthodontiste
56, Bd Oum Eloufa
Casablanca - Tel 05 22 93 48 38

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)

Diplômé en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)

156, Bd. Oum Errabii 1^{er} Etage - El Oulfa

Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان

من جامعة بورغون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان

من جامعة تولوز

156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول

الهاتف : 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

Casablanca, le 20/11/2027 في الدار البيضاء.

A M^{le} le Directeur de la MUPADS

je vous informe que la couronne sur
la 15 était non reparable et se descellait
souvent d'où la nécessité de la refaire
veuillez accepter à la direction mes sincères

salutations

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Casablanca : Tél 05 22 93 48 38

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

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-723649

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

MUPRAS
15 SEP. 2022
RECEPTION-PEC S

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES														
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes											
			INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

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 Particien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094149396 COEFFICIENT DES TRAVAUX D44 MONTANTS DES SOINS 1100,00 DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
	3 7	Ext	Dno															
	3 8	Ext	Dno															
	-	Del	D24															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX D620 MONTANTS DES SOINS 12400,00 DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
Demande d'accord:																		
2 Fm : 15-16 D12 et D60																		
2 ccn : 15-16 D12 et D2																		
Stellite remplace les dents :																		
(12-26-27) D12 et D40																		

VISA ET CACHET DU PATIENT ATTESTANT LE DEVIS
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
			INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

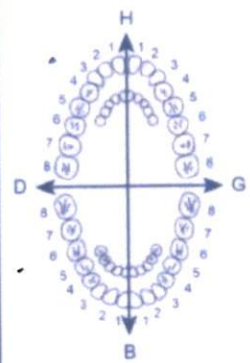
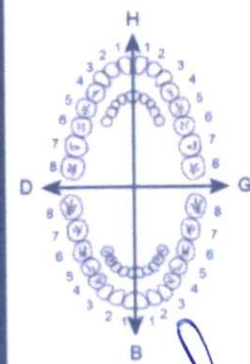
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094149380										
	3 7	Ext	Dno	COEFFICIENT DES TRAVAUX D44										
	3 8	Ext	Dno											
	-	Del	D24											
					MONTANTS DES SOINS 1100,00									
					DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX D620
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS 12400,00										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS										
Demande d'accord:														
2 Fm : 15-16 D40+D60														
2 ccn : 15-16 D120x2			DATE DE L'EXECUTION											
Stellite remplace les dents:														
1/2-26-27 D120+D40														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Hicham A. El Oufi
 156, Bd Oum El Oufi
 Casablanca - Tél. 0522 93 43 36

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CASABLANCA, Le 12 octobre 2022

DR. AFFAR HICHAM
156 BD OUM RABII
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 010263_1968-07-03_MINA

N/REF : 20222850017851

Adhérent : SENBALI MINA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MINA SENBALI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **8900.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 12-10-2022 au 12-01-2023.

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 MINA SENBALI.

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

S/R Dr opre's

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS : (8)

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 : **890.00 MAD**



N° Dossier: 129810 
N° Dossier externe: PEC-10263-15/09/2022
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: SENBALI MINA
Situation: En attente 
Sous-situation: Demande PEC 
Date de début: 15-09-2022 
Date de fin: 15-09-2022 
Date de saisie: 15-09-2022
Événement: 

Liste de devis [+]

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
28-10-2022	ACC D44+ D390 EXT 37+38+DET2S ET IC+CCM 16 ET STELL SUP 3 DENTS 12 26 27 S/R RX APF ET REJET DE IC+CCM 15 CAR DEJA FAIT SUR RX AVANT

RES DR AFFAR