

## 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.

N° W21-827727

185628

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12846 Société : PAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HILMI OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 214 BD ABDELMOUMEN AE RUE IMAM BOUSSAÏRI APT 12 - CASA

Tél. : 066118 221 Total des frais engagés : 2258,40 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : Hilmi Benamar Omar Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Malocclusion

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 01/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-827727

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 :

### 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.

# 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Jannine BELHABIB S. Dr. EL ANASSIRI 22 Rue Lamine Deane Villa 8 Tél et Fax : 96.88.34 - Casablanca	01/12/23	58140
		INPE.092035401

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP 084189984
	16	Gp 2016	240	COEFFICIENT DES TRAVAUX 2160 MONTANTS DES SOINS 2200,00 DEBUT D'EXECUTION 20/11/23 FIN D'EXECUTION 01/12/2023
	14	Gp 2016	240	
	48	Exr	180	
			2160	
Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Derb Mokara 1 <sup>er</sup> Etage - Casablanca				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Centre Dentaire  
**Dr. Benjelloun Saad**  
Médecin Dentiste



Dr. Saad Benjelloun  
CHIRURGIEN DENTISTE

LOT : 6181  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 36 DH 40

Casablanca le: 01/12/2023

## ORDONNANCE

22,00

- Gedel (Long)



M. Benjelloun  
Hani  
Dentiste

Boîte SR A127

36,40

- Kipred (20)



300/135

Pharmacie  
BELM  
Dr. Benjelloun  
22, Rue Lemaire  
Tél et Fax :



22,00

58,40

~~Dr. BENJELLOUN  
Chirurgien  
24, Rue 6, D  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca~~

24 RUE 6 derb foukara , 1er étage. Casablanca / Tél: 05 20 08 5757

GSM: 06 64 05 00 35 / Email: drbenjellounsaad@gmail.com

Centre Dentaire  
**Dr. Benjelloun Saad**  
Médecin Dentiste



**Dr. Saad Benjelloun**  
CHIRURGIEN DENTISTE

مركز طب الأسنان  
الدكتور ابن جلون سعد  
طبيب اسنان

Facture N°: 112 /2023

Dr: BENJELLOUN SAAD

Chirurgien Dentiste

24, Rue 6, Derb Foukara

1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Je soussigné, ..... Certifié envoi reçu Monsieur

Pour:

- ☒ Soins  
☐ Prothèse  
☐ ODF  
☐ Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 01 / 12 / 2023

et dont le montant est arrêté à la somme de: 2200000

Deux mille deux cent dix mille

BMCE Agence Habous

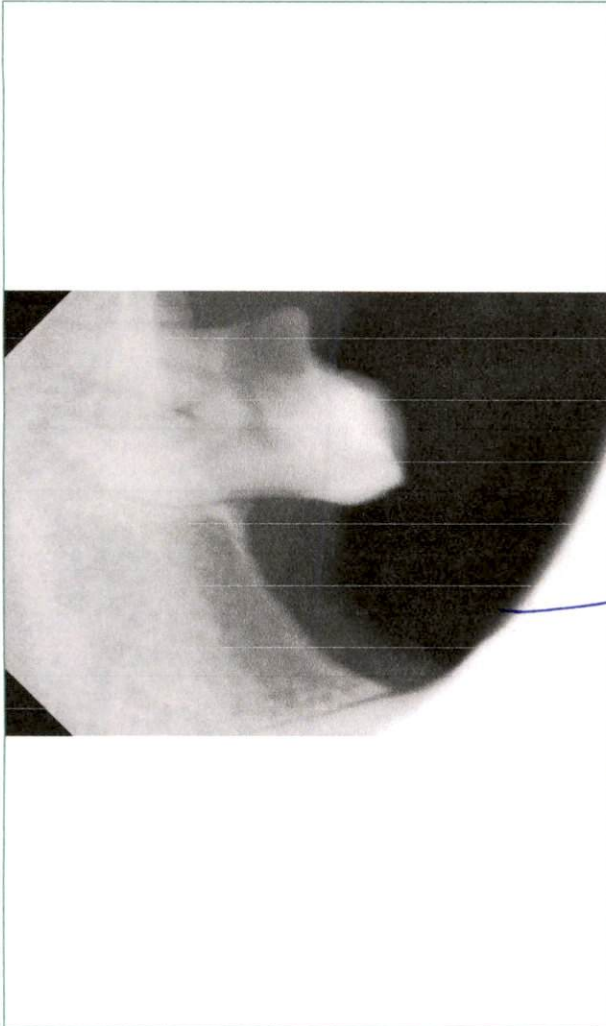
Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Foukara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

01/12/2023

Chart No: 20231201\_121033

Name: benamar hlimi omar Gender: Homme Age: 0Y



48 Avants.

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca