

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
M23-000681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMOR NAFAE
 Date de naissance : 30-11-46
 Adresse : 23 rue Golf du Benghal
 Tél. : 0661340726 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Omar BENSOUDA**
 Chirurgien Dentiste Spécialisé
 Parodontologie - Implantologie
 Chirurgie Buccale
 223, Bd. Zerkouni - Casablanca
 Tél : 022 39 01 85
 Date de consultation : 15/02/2024
 Nom et prénom du malade : AMOR NAFAE Age : 61
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 8 -> 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 : CASABLANCA Le : 15/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
		A M	P C	I M	I V	

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	
		De la Vierge m.p.	D12	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D24"/>
		De la Vierge	D12	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="602000"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. OUALI BENSOUDA
 Chirurgien Dentiste Spécialiste
 Parodontologie - Implantologie
 Chirurgie Buccale
 222 Bd. de Mekoune - Casablanca
 Tél. 022.39.01.35

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DENTAIRE

Dr. Omar BENSOUDA

Docteur d'Etat en chirurgie Dentaire

Parodontologie - Implantologie

Chirurgie buccale - Prothèses

Orthodontie

Blanchiment et Soins Dentaires

Diplômé des universités de Paris et Nantes

Ancien attaché des hôpitaux de Paris



الدكتور عمر بنسودة

طبيب جراحى للأسنان

جراحة الضم واللثة

تركيب وزرع الأسنان

تقويم الأسنان

تبييض وعلاج الأسنان

خريج كلية باريس و نانت

طبيب سابق بمستشفى باريس

Casablanca, le : 15/08/2024 : الدار البيضاء، في :

NOTE D'HONORAIRES

Facture n°24-003

Je soussigné Dr Omar BENSOUDA atteste avoir reçu la somme de 600,00 DH de la part de Madame Ammor Ouafae pour un détartrage.

Attestation, pour mutuelle, pour servir et faire valoir ce que de droit.

DR OMAR BENSOUDA

Dr. Omar BENSOUDA
Chirurgien Dentiste Spécialisé
Parodontologie - Implantologie
Chirurgie Buccale
223, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 022.39.01.85