

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0777 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMMOR Mohamad.

Date de naissance : 30-11-46

Adresse : 23 Rue Golji de Benghaïda

Tél. : 0661340776 Total des frais engagés : 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 30/01/2016

Nom et prénom du malade : ANWAR MOHAMED Age : 77ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sis 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/01/2016



### 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 - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

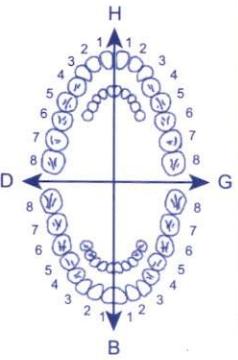
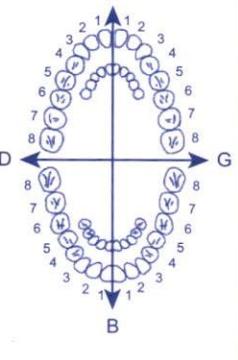
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire	D12	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	D12			
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire	D24	MONTANTS DES SOINS
	D24			
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire	600,00 DT	DEBUT D'EXECUTION
	600,00 DT			
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		FIN D'EXECUTION
				
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		MONTANTS DES SOINS
				
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		DATE DU DEVIS
				
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		DATE DE L'EXECUTION
				
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1	Dentaire		
	H 1 2 3 4 5 6 7			

# CENTRE DENTAIRE

**Dr. Omar BENSOUDA**

*Docteur d'Etat en chirurgie Dentaire*



**الدكتور عمر بنسودة**

طبيب جراحي للأسنان

جراحة الأضم واللثة

تركيب و زرع الأسنان

تقويم الأسنان

تبسيض و علاج الأسنان

خريج كلية باريس و تات

Parodontologie - Implantologie

Chirurgie buccale - Prothèses

Orthodontie

Blanchiment et Soins Dentaires

Diplômé des universités de Paris et Nantes

Ancien attaché des hôpitaux de Paris

Casablanca, le : 30/01/2024 الدار البيضاء، في:

## NOTE D'HONORAIRES

Facture n°24-001

Je soussigné Dr Omar BENSOUDA atteste avoir reçu la somme

de 600,00 DH de la part de Monsieur Ammor Mohamed pour 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*