

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0020653

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMOR Mohamed

Date de naissance : 30-11-46

Adresse : 23 rue Golf de Benghida

Tél. : 0661340776 Total des frais engagés : 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 30/01/2024

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

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

Nature de la maladie : 8 dents

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/01/24

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





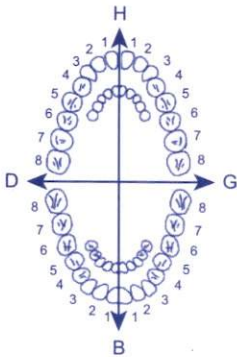
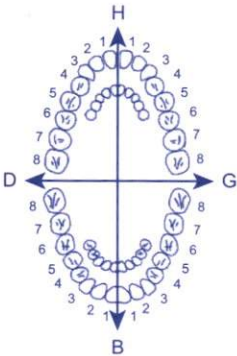
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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															
		Seche Vape	D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		Seche Vape	D12															
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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 colspan="2">D</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		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		Séjour	D12
		Séjour	D12

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The top arch is labeled 'H' at the front and 'D' at the left side. The bottom arch is labeled 'B' at the front and 'G' at the right side. The teeth are represented by small circles with numbers inside them.

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

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


Coefficient  
DES TRAVAUX

--

MONTANTS  
DES SOINS

--

DATE DU  
DEVIS

--

DATE DE  
L'EXECUTION

--

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 جراحي للأسنان

جراحة الفم والثة

تركيب وزرع الأسنان

تقويم الأسنان

تبييض وعلاج الأسنان

خريج كلية باريس ونانت

طبيب سابق بمستشفى باريس

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. Zerketouni - Casablanca  
Tél : 022.39.01.85