

Centre Dentaire  
Dr. Benjelloun Saad  
Médecin Dentiste



مركز طب الأسنان  
الدكتور ابن جلون سعد  
طبيب أسنان

Facture N°: 16/1024

200343

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste

Je soussigné, 24, Rue 6, Derb Fokara, 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca Certifié envoi reçu Monsieur

Mme Samaa Pour:

Mahmedy

- Soins
- Prothèse
- ODF
- Implant



Dont le travail est achevé à la date du: 16/04/2024

et dont le montant est arrêté à la somme de: 4000,00 DT.

Dens mille dirhams

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176

24 rue 6 derb foukara, 1<sup>er</sup> étage. Casablanca / Tél: 05 20 08 57 57 / 06 64 05 00 35  
ICE: 002534662000051 - Patente: 34500439 - IF: 37555256 - INP: 094189982  
Email: drbenjellounsaad@gmail.com

&lt; 2

PEC

^ V



115500 13

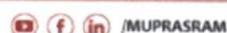
Service Prise en charge

Fixe : +212 522 204 545 LG

pec@mupras.com

www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger



Siège Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed Fakir 6ème étage - Casablanca / Tel : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contacte@mupras.com

200343



200343

CASABLANCA, Le 28 mars 2024

DR.BENJELLOUN SAAD  
24 RUE 6 DERB EL FOUKARA  
CASA  
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 010717\_1979-05-30\_SANAA

N/REF : 20240880027734

Adhérent : MAHRADY SANAA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SANAA MAHRADY.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* 2000.00 MAD

Validité de prise en charge : du 28-03-2024 au 28-06-2024.

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 SANAA MAHRADY.

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

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

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 : 200.00 MAD



ACC D'AO  
S/R POUR APPRO

Centre d'affaire Allal Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.  
Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# 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.

M23-0028177

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28.04.2024

Nom et prénom du malade : Samia Mohamedy Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Impalpable sur 15

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-028177

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 : .....

## 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHÉRENT

850

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### BELEVE 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

Implant

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and the vertical axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: 1 (bottom center), 2 (bottom left), 3 (bottom right), 4 (top right), 5 (top left), 6 (top center), 7 (top right), 8 (top left), 9 (bottom right), 10 (bottom left), 11 (top left), and 12 (top right). The arch is oriented with the curve facing towards the 'G' (right) side of the coordinate system.

### **[Création, remont, adjonction]**

as (implant)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

DR. BENJELLOUN SAAD  
VISA ET CACHET DU PRATICIAN ATTESTANT L'EXECUTION  
24, Rue 6, Drap Fokara  
Casablanca

16/04/2024

Chart No: 20210217\_113224

Name: maherady sanaa Gender: Femme Age: 24Y



Dr. BENJELLOUN SANA  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Bld Fokara  
1er Etage, Casablanca

