

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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- N° 0042317  
197467

Optique  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06.938 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAFIDOUA ABDELLAOUI

Date de naissance : 17/02/1962

Adresse : Lot. Al Qods, 6ème Etage 2, Casablanca, Algérie

Tél. : 06.03.01.68.99 Total des frais engagés : 11.500 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR HAFIDOU MAROC

Lot. Bellevue, 8ème Bd Al Qods

Californie, Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 787 687

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : BOUTY YACOUBIENNE Age: 57

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : M 14 MAI 2024

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCUEIL A. BOURA

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, Maroc Le : 29/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



#### **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 - 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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'ODE.



# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

FACTURE

BALA YACHT - NASSIR MEILLEUR

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Belvédère, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 78 75 / +212 522 78 687

Bilan Dentaire 0%

# 15 00,00

(+ 1111 et 5 cent Dhs)

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Belvédère, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 78 75 / +212 522 78 687

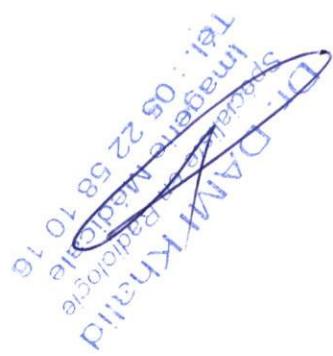


# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca, le 5 / 2 , 2024

BELAÏACH - NASSIENE

RADIO Panorama

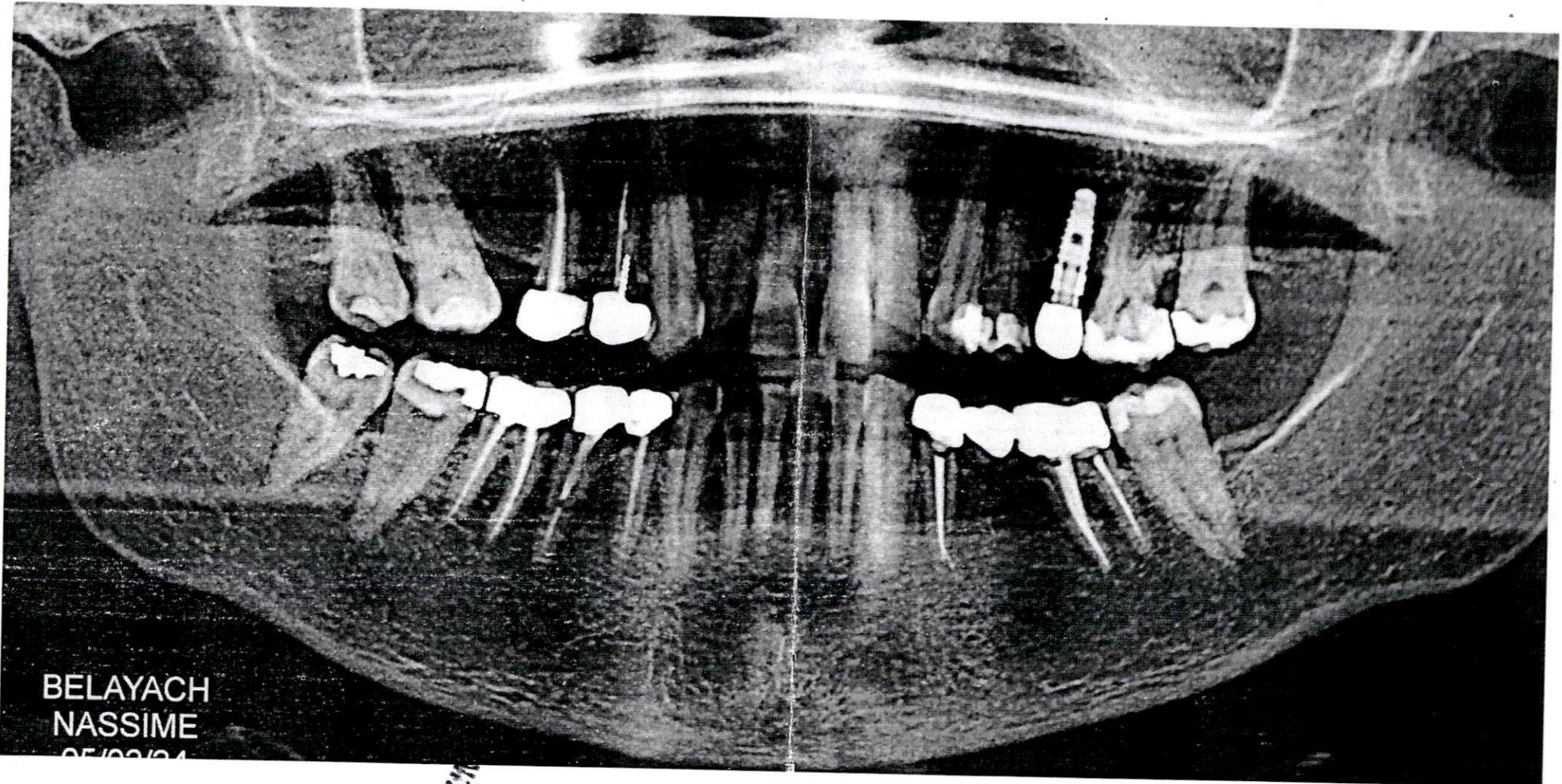


---

Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687 .

Email : [cdm@cliniquedentaireduMaroc.com](mailto:cdm@cliniquedentaireduMaroc.com)

Lotissement Bellevue angle BD al Qods, Californie, Casablanca – Maroc



BELAYACH  
NASSIME  
05/02/24

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
La Bellevue - Route Bd Al Qods  
Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 787 72 Tél: +212 522 787 687  
Dr. Nasser



مصرف المقاصة

## ACHAT

13/02/24 12:40:08  
9900465841 94658401

**CLINIQUE DENTAIRE DU MA**  
Casablanca

A0000000031010

\*\*\*\*\* /993 Visa

CARTE LOCALE 200-0-9999-1-44

**MONTANT : 1500.00 MAD**

Num Transaction : 007

Num Autorisation : 005441

SIAN : 005 /69

---

TICKET CLIENT



**CLINIQUE  
DENTAIRE  
MAROC**

**REÇU**

**atient :** BELAYACH NASSIME (6060)

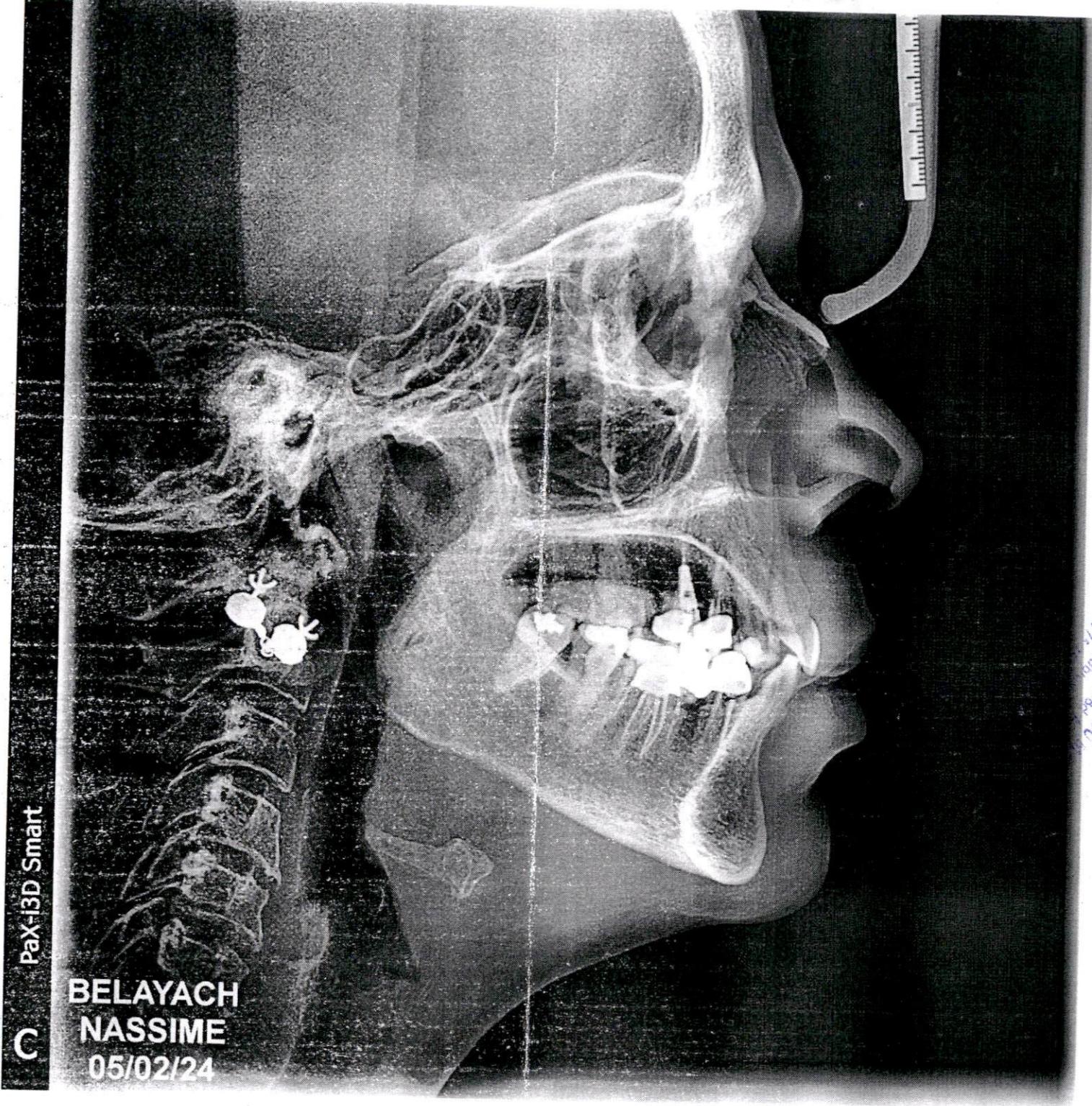
**ate :** 13/02/2024

**otal :** 1 500,00

**détails**

rite Bancaire (Nombre : 1)

1 500,00 DHs



Pax-3D Smart

C

BELAYACH  
NASSIME  
05/02/24

CLINIQUE BELAYACH DU MAROC  
Cité Belvédère Angle Bd Al Qods  
Casablanca - Maroc  
Tél: +212 38 75 75 / +212 522 787 687

CLINIQUE BELAYACH DU MAROC  
Cité Belvédère Angle Bd Al Qods  
Casablanca - Maroc  
Tél: +212 32 72 787