

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 : 9727 Société : 20133

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHADBANE MESSAOUD

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : 22, lot AL MAWLID Rue Moulay Kâât'z

ASA - MAARIF

Tél. : 06 61 96 13 69 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr **BELKHATTAB Manar**
Chirurgien Dentiste
Rue Attaban Rés Leila Appt N°8 4ème
étage Maarif - Casablanca
Tél: 0522 543 122 - Gsm: 0610 907 276

Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : FADILI Noufissa Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Saine dentaire

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 : 27/03/2024 Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : Leuy

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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'ODF

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DI. DELLAH M.D.D.S.
Chirurgien Dentiste
Rue Attabari Rue Leila Apt N° 10ème
échou Maarrif - Casablanca
Tél: 0529 54 122 - Cm: 0663 907 276



Casablanca, le 24/02/2024

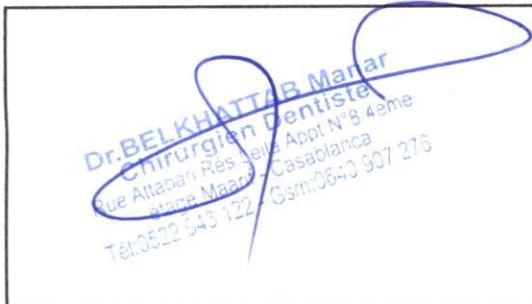
NOTE D'HONORAIRES

Patient : **Mr FADILI Noufissa (3638)**

Dent	Acte	Honoraire
1848	Consultation	300,00
17	Radiographie rétro alvéolaire	100,00
17	Resclement de couronne (URG)	200,00
TOTAL		600,00

Somme arrêtée à : six cents dirhams

Centre Dentaire Al Manar



Patente N° : 35806862
IF : 18788353 ICE : 001668375000093

Tél. : 05 22 94 31 22
Gsm : 06 40 90 72 76
E-mail : manarbelkhattab@gmail.com

Centre Dentaire Al Manar

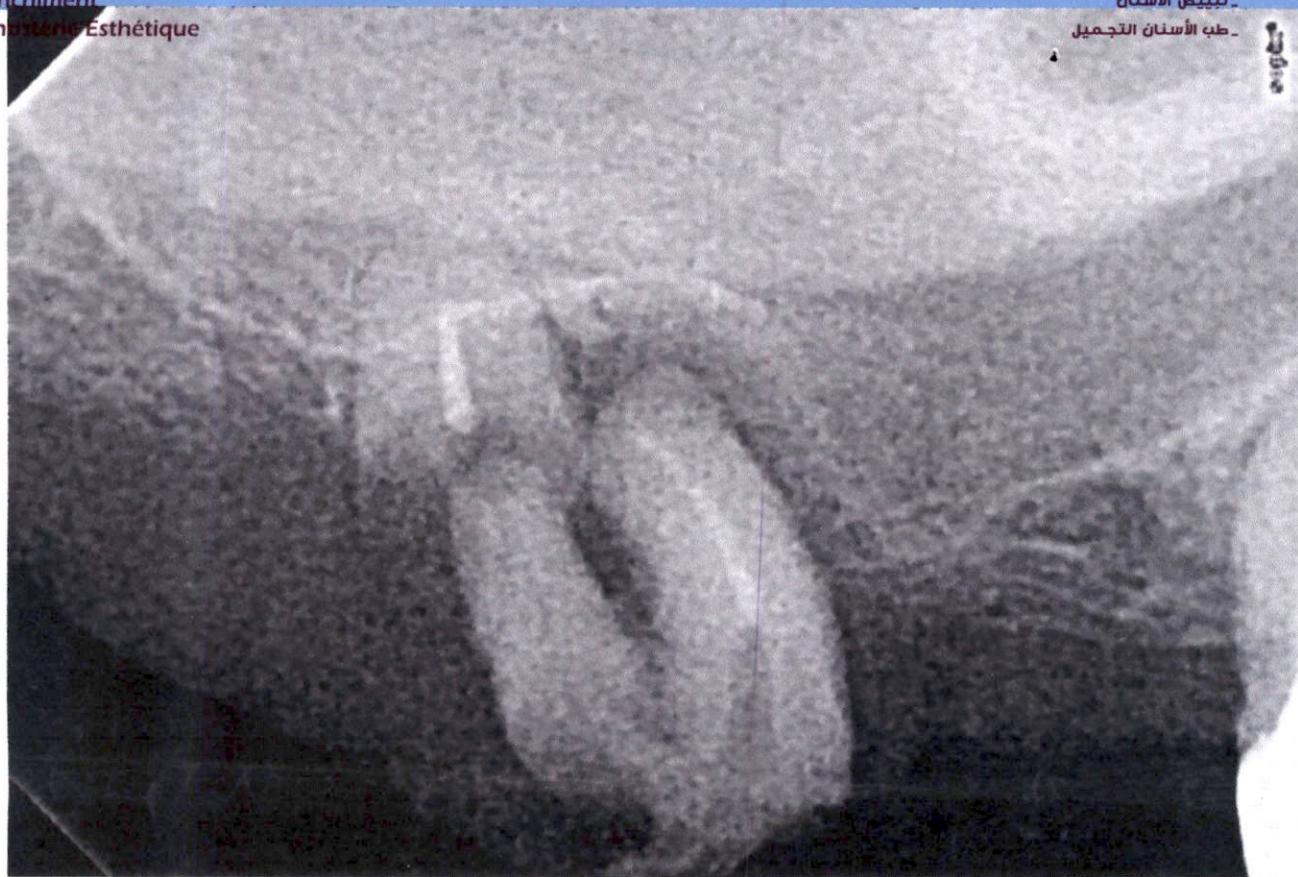
Dr . BELKHATTAB Manar

- Implantologie
- Parodontie
- Pédodontie
- Blanchiment
- Dentisterie Esthétique



مركز طب الأسنان المنار
د. بلخطاب منار

- زراعة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- طب أسنان الأطفال
- لباس الأسنان
- طب الأسنان التجميل



Date du cliché : 21/02/2024

Localisation : 17

Commentaire :

Dr. BELKHATTAB Manar
Chirurgien Dentiste
Rue Attabari Res Leila Appt N°8 4^e
étage Maarif - Casablanca
Tél: 0522 343 122 - Gsm: 3640 307 27

Tél. : 05 22 94 31 22

Gsm : 06 40 90 72 76

E-mail : manarbelkhattab@gmail.com

📍 Rue Attabari Résidence Leila Appt N°8 - 4^{eme} étage - Maarif - Casablanca