

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-427003

ND: 33671

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12563 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENRIYANE JALAL

Date de naissance : 03/10/1984

Adresse :

Tél. : 0662651645 Total des frais engagés : 438,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine

Lot Koubl - Dar Bouazza

Tél : 05 22 96 17 91

05 22 96 17 95

I.C.E : 00169894300033

Date de consultation : 25

Nom et prénom du malade : BENRIYANE Jalal Age :

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

Nature de la maladie : Dentaire

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) :

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.

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.6.2020	Cat	-	300 DHS	Dr E. GUILLEMETEAU 46, Boulevard Yaghline Lot Koubi - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 T.C.F : 001698943000033

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> <i>ARMÉE LES TERASSES MARINES SARL AU</i> <i>BOUAZZA - CASABLANCA</i> <i>Tel 05 22 29 10 87</i> </p>	<p>25/06/22</p>	<p>138,-</p>


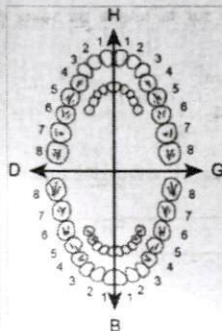
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 ————— 00000000 11433553 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

LICENCIÉE EN PSYCHOLOGIE

C.E.S. DE PÉDIATRIE

D.E.S. D'ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

CLINIQUE

EX. ATTACHÉE DE CONSULTATIONS

AU C.H.U DE BORDEAUX

D.E.S. D'HOMÉOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tadjine

Dar Bouazza - Casablanca

Tél. : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95

E-mail : c.guillemeteau@gmail.com

Sur Rendez-vous

ICE : 001698943000033

INPE : 091069609

الدكتورة كاترين غيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال

والحساسية

46، شارع تيدجين

دار بوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الإستقبالات بالموعد

Bennigere
Youni

Casablanca, le 25/6/2023 في الدار البيضاء،

1381- BACTOSPRAY



3 5 4 10 6 12
b denon

BACTOSPRAY

LOT: 191216A

EXP: 01 /2023

PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX
France

Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AU
Route AZEMOUR des Terrasses Marines
Dar Bouazza - Casablanca
Tél 05.22.29.10.87

Dr. C. GUILLEMETEAU
Lot 46, Boulevard Tadjine
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91
ICE : 001698943000033