

## 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.

N° W19-427003

ND: 33671

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 19563		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENKIYENE JALAL			
Date de naissance : 03/10/1984			
Adresse :			
Tél. : 0662651645		Total des frais engagés : 438,00 DH Dhs	

Cadre réservé au Médecin		DR. C. GUILLEMETEAU	MUPRAS
Cachet du médecin :		46, Boulevard Tidghine Lot Koubli - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95	RECEPTION
Date de consultation :	25	I.C.E : 001698943000033	
Nom et prénom du malade :		BENKIYANE Yousri	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		Dentiste	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires Dr	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25.6.2023	CHG	-	300 DHS 46,100 Boulevard Lot Koubi - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 I.C.E : 001698943000033	Dr. GALLÉE 16/07 TEAU Tigdchine

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AZEMOUDI Marines SARL AU Les Terrasses/Marines Tél 05.22.29.10.87 ar Bouazza - Casablanca	05/06/20	138,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Montants des soins <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

**Dr. Catherine GUILLEMETEAU**

LICENCEE EN PSYCHOLOGIE

C.E.S. DE PEDIATRIE

D.E.S. D'ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

CLINIQUE

EX. ATTACHEE DE CONSULTATIONS

AU C.H.U DE BORDEAUX

D.E.S. D'HOMEOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tadghine

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

Casablanca, le ..... 25/6/2027 ..... الدار البيضاء، في

Bennigene

Youni

**الدكتورة كاترين خيمطو**

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين

دار بوعزة - الدار البيضاء

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

c.guillemeteau@gmail.com البريد الإلكتروني:

الاستقبالات بالموعد

1381 — BACTOSPRAY S.V. 3 ème flg 1er  
ls denots

**BACTOSPRAY**  
LOT: 191216A  
EXP: 01 / 2023  
PPC: 138.00DH

Laboratoire ADDAX  
France

Pharmacie LES TERASSES MARINES SARL AU  
Route AZEMOUR Les Terrasses Marines  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél 05.22.29.10.87

Dr. C. GUILLEMETEAU  
LICENCEE EN PSYCHOLOGIE  
C.E.: 00169894300033  
INPE: 091069609  
Boulevard Tadghine  
Dar Bouazza