

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-537196

51047

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12563	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN RYIENE Youri			
Date de naissance : 11/05/2020			
Adresse : n°, Rue 52, ouafa, CASA.			
Tél. : 0662 651 615	Total des frais engagés : 523,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. C. GUILLEMETEAU 45, Boulevard Tidjiline Lot Koubi - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95 05109854500003	
Date de consultation : 26/11/2020	Age : 30
Nom et prénom du malade : Ben Ryiene Youri	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : fièvre	
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) :

Le : / /

MUPRAS

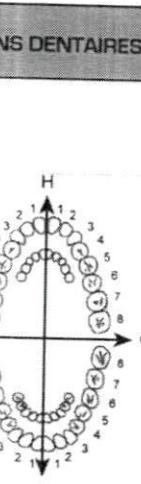
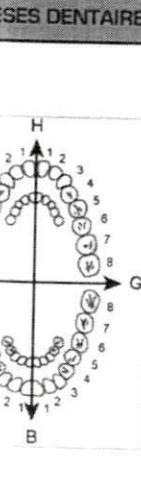
ACCUEIL

1 DEC. 2020

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
6.11 2023	CR	-	300 m	INP : 0910269609 Dr. C. GUILLERME

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L'E Route AZEMOUR Dar Bouazza Tel 05.22.23.10.81	20 JA 2020	f 38150 f 00000033

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in both arches)	Nature des Soins (List of treatments: Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)	Coefficient (List of coefficients: 25533412, 21433552, 00000000, 00000000, 00000000, 00000000, 35533411, 11433553)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	00000000														
				G	35533411	11433553														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXÉCUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

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

Youni
Benniyene

26/11/2020
الدار البيضاء, في

21.80 Adipagic Nm 1 sach 31g — 2
10.00 Arix sir (S.Y) dose (10.00) ne half 5g
11.50 Oftalcosin 1 sach netun — 3
12.50 Belladone Dr. (15.00) 3/1r 6 pol

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH00
LOT : 202009
PER : 05/2022

6 118000 061113
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

20.00 PPV : 70 DH 50
PER : 03/2020
LOT : J335

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain seba Casablanca
Entérogermine, susp b 10 fl
P.P.V : 60,00 DH
6 118001 081653

60.00 Euteogermina
140.00 Mebo
381.50

Pharmacie LES TERRASSES MARINAS SARL AU
Route AZZOURTRES TERRASSES MARINAS
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 96 10 82

I.C.E : 001698943000033
Tél : 05 22 96 10 82
TELEMEU
Tidrhine
Tidrhine
Tidrhine

B.No. : 0821
MFG. : 10 2020
EXP. : 10 2025