

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.



246141

Déclaration de Maladie : N° S19-0001336

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11951 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance : 01/03/78
Adresse :
Tél. : 06 61 34 56 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. C. GUILLEMETEAU
40, Boulevard Tidghia
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
I.C.E : 00169894300005

Date de consultation : 15/12/2022
Nom et prénom du malade : ARISS Daïd Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : DM2
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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

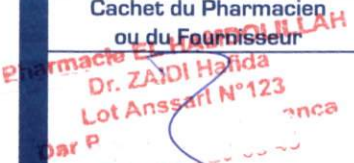
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

RELEVÉ 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
18.11.22	Acte	-	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.12.22	55.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

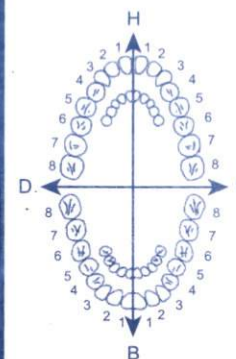
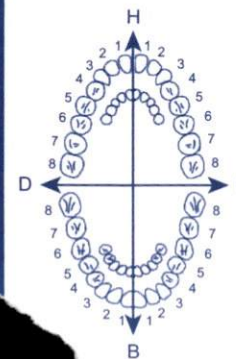
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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"/>															

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 Tadhine

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 19.12.2022 في الدار البيضاء،

Pharmacie EL HAMDOLLI
Dr. Zaid Hafida
Lot Ansari N°123
Dar Bouazza

18.50 Oribolium 1 daily 3;
18.50 Belladonna 5ur 3r. 6/8 (S.V) 3;
18.50 Sulfur Iod 5ur 3r. 6/8 5;
18.50 Cuprum 5ur 3r. 6/8 (S.V) 5;

55.50

Pharmacie EL HAMDOLLI
Dr. Zaid Hafida
Lot Ansari N°123
Dar Bouazza

Sulfur iodatum

9^{ch}

BOIRON

BOIRON - 69510 Mésimy - France
Renverser Tourner Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 01/2026 LOT: F50335 Ain Sebâa, Casablanca
PPV : 18DH50 Sulfur iodatum 9ch



FR/W

خيطو

الأطفال

Belladonna

5^{ch}

3x6

BOIRON

BOIRON - 69510 Mésimy - France

Renverser Tourner Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 02/2027 LOT: G01240 Ain Sebâa, Casablanca
PPV : 18DH50 Belladonna 5ch



FR/W

الإستقبالات بالموعد

Cuprum metallicum

5^{ch}

3x4

BOIRON

BOIRON - 69510 Mésimy - France

Renverser Tourner Ouvrir

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 03/2027 LOT: G03828 Ain Sebâa, Casablanca
PPV : 18DH50 Cuprum metallicum 5ch



FR/W