

## 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° W19-494668

ASO 424

1 Seal  
Medecin

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9399 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AFAKHRI HICHAM

Date de naissance :

24/07/71

Adresse :

N°27 lot 21A PARTNEL, route  
D'AZZERNOUZ, PAR. BOUAZZA CASABLANCA

Tél. :

06 6 110 96 69

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. C. GUILLEMETEAU

Cadre réservé au Médecin

16, Boulevard Tidghine

Lot Moubl - Dar Bouazza

Tél : 05 22 96 17 91

05 22 96 17 95

I.C.E : 00169894300003

Date de consultation :

1

Nom et prénom du malade :

AFAKHRI HIC

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OTC

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 :

ASO

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/12/22

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | 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.                                  |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <p>SOINS DENTAIRES</p>  |  |  |  | INP : <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | MONTANTS DES SOINS  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | DEBUT D'EXECUTION   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | FIN D'EXECUTION   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25633412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |          |          |  |  | H | 25633412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
|   |  |  |  | H   | 25633412 | 21433552 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | D   | 00000000 | 00000000 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | B   | 35533411 | 11433553 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |  |  |  | G   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>  |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS<br>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                   |  |  |  |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

**Dr. Catherine GUILLEMETEAU**

**ANTIBIO SYNALAR**

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

نرين خيمطا

أمراض الأطفال

سنية

تيدغين

الدار البيضاء

19DH 40

AKA KHARI

05 22 96 17 95 / 05 22

CHARACTERISTICS

DE L'OCEAN BABY SARL AU

Route d'Azenmour Km 15

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 96 08 29

RC : 399369 - T.A. 32960411

19DH . Casablanca, le .. 15.12.2022 الدار البيضاء، في

Antibio Synalar 1 pette 46g - 5,-

18.50 Aviaire sur No pompe tnr de  
autre sur le fls.

18.50 \* Shiro pulmonaire sur 3r. 66g - 5,-

18.50 Ferum sur sur 3r 66g - 5,-

18.50 Capsicum sur sur 3r 66g - 5,-

18.50 Pharmacore sur 3r 66g - 5,-

Dr. C. GUILLEMETEAU  
46, Boulevard Tadghine  
Lot Koubi - Dar Bouazza  
Tél : 05 22 96 17 91  
05 22 96 17 91



88.02 En heg tip I cutri à efc le air  
ms 18h

18.10 Phabetta 15cm 3y en vicher

F-2JG.10



~~Dr. C. GUILLEMETEAU~~  
46, Boulevard Tidghine  
Lot N°001 - Dar Bouazza  
Tel : 05 22 96 17 91  
I.C.T. : 00169894300003