

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.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-494668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

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 ZIAD PARTNER, ROUTE D'AZZELOUR, DAR BOUAZZA CAS
 Tél. : 06 61109669 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. C. GUILLEMETEAU
 46, Boulevard Tidghine
 Lot Moubi - Dar Bouazza
 Cachet du médecin : Tél : 05 22 96 17 91
 05 22 96 17 95
 I.C.E : 00169894300003
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : CASABLANCA Le : 15 / 12 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

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
15/12	Ctrl	—	20	Dr. C. B. G. INF : 09106960

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cadre du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	15/12/22	219.00

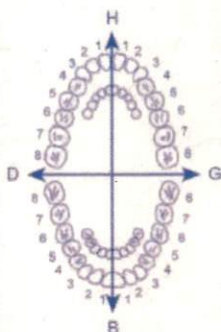
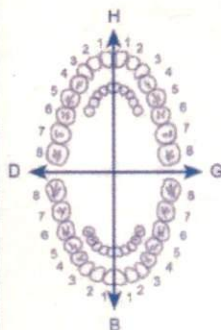
[illegible][illegible]

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 canaux, 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;"> <p>H</p> <p>25633412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>G</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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. ATTACHEE DE CONSULTATIONS

AU C.H.U. DE BORDEAUX

D.E.S. D'HOMÉOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tidghine

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 كيمطو

أمراض الأطفال

أساسية

تيدخين

الدار البيضاء

05 22 96 17 95 / 05 22

PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCEAN BAY Sarl Au

Route d'Azemmour Km 15

Dar Bouazza - Casablanca

Tél : 05 22 96 08 29

RC : 399360 - T.M. : 32960411

ANTIBIO SYNALAR

19DH 40

1940. Casablanca, le 15.12.2022 في الدار البيضاء،

Antibiosynalar 1 fette 4 kg — 5j

18.50 Aviane pur 10 jours 10 kg — 5j

18.50 * Shiro pulmonaire sur 3r. 4 kg — 5j

18.50 Ferrum bio pur 3r. 4 kg — 5j

18.50 Capricorn sur 3r 4 kg — 5j

18.50 Onicocare pur 3r 4 kg — 5j

Dr. C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine

Lot Koubi - Dar Bouazza

Tél : 05 22 96 17 91

05 22 96

89.0 Zen hag nip 1 cuttri a efo le air
ms 18h
18.50 Pubetille 15m 3r ou cher
ms

1-259.40

~~Dr. C. GUILLEMETEAU~~
46, Boulevard Tidghine
Lot K. Bouazza
Tel : 05 22 96 17 91
I.C.E. : 001698943000033

~~Dr. C. GUILLEMETEAU~~
OCEAN BAY Sari Au
15
Lot K. Bouazza
Tel : 05 22 96 17 91
I.C.E. : 001698943000033