

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7044 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAKRI M'hamed Aguissi

Date de naissance :

Adresse :

Tel : 0660591749 Total des frais engagés : 4443,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. C. GUILLEMETEAU
46 Boulevard Tidghine
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél. : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
I.C.S : 001698943000033

Cachet du médecin :

Date de consultation : 6/2/2024

Nom et prénom du malade : SAKRI M'hamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fébre

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 : DR Le : 22 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : B. J. SAKRI Le : 22 FEV. 2024



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
6/2/2024	C.H.	-	300 M.F.	105 Boulevard GOUILLONNETEAU Lot Koubi Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 Fax : 00169894300063

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LATIF SARLAU Route d'Azzemmour, Commune Dar Bouazza, GH Massakinouna Equipement 4B, N° 1	06/02/2024	143.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

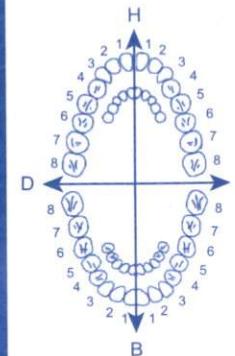
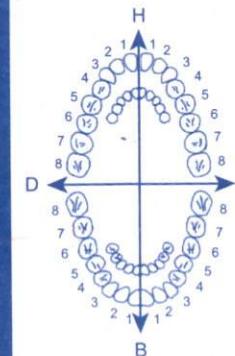
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'HOMOEOPATHIE 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 06 Février 2024 في البيضاء، في

SAKRI
 YOUSRA

الدكتورة كاترين كيمطون

اختصاصية في أمراض الأطفال
 والحساسية

شارع تيدغين 46
 دار بوعزة - الدار البيضاء
 الهاتف : 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91
 البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستعلامات ١١٠ وحد

PPV 20DH80 EXP 08/2026
 LOT 34011 10



Dr. C. GUILLEMETEAU
 46, Boulevard Tadghine
 Lot Koubi - Dar Bouazza
 Tél : 05 22 96 17 91
 05 22 96 17 95
 E-mail : 001698943000033

PHARMACIE LATIF SARL AU
 Route d'Azzemmour, Commune
 Dar Bouazza, GH Massakinouna
 Equipment 4B, N° 1

20.80

- COTRIM SIROP 2 mesures matin et avant le goûter 5 jours.
 32.90

- FLAGYL SIROP 1C/à café 3x
 52.40

- SMECTA SACHETS - 1 sachet

18.50
 - MERCURIUS CORROSIVUS 9ct. 10g/j — 3j
 18.50

- BARITA CARBONICA 15CH 10g/j — 3j

T = 143, R