

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

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

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

N°D : 14367. CA

Déclaration de Maladie : N° S19-0001251

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11951 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARISS HASSANE Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 34 56 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. C. GUILLEMETEAU
45, Boulevard Tidjane
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
T.E : 001698943000033

Date de consultation : 16/11/2019 Age :

Nom et prénom du malade : ARISS Hassane Conjoint Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ARISS Hassane

ARISS Hassane
27 DEC 2019
MUPRAS
27 DEC 2019
ARISS Hassane
27 DEC 2019
MUPRAS
27 DEC 2019
ARISS Hassane
27 DEC 2019
MUPRAS

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
16/11/2018	Ch	-	300 m	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Slimane Achraf	16.11.19	439,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 8 in a repeating pattern. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'G' at the right end and 'D' at the left end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is bounded by the lines $x = 10$, $x = -10$, $y = 10$, and $y = -10$.

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

LICENCIÉE 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 Tidghine
Dar Bouazza - Casablanca
Tél. : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95
E-mail : c.guillemeteau@gmail.com

Sur Rendez-vous

الدكتورة كاتريين ڭيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال
والحساسية

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

نحو
الاستعلامات بالموعد

Casablanca, le 16/11/2011 الدار البيضاء، في

439,00

Hexomin

1

S.V

Dr. C. GUILLEMETEAU
46, Boulevard Tidghine
Dar Bouazza - Casablanca
Tél. : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95
E-mail : c.guillemeteau@gmail.com



PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annadif - Bd. Anwal - Cité Plateau - CASA
Tel. 05 22 98 97 83 - Fax 05 22 99 64 17