

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



N°D: 14363. CA

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001252

☒ 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 61345625 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. C. GUILLEMETEAU  
 46, Boul. de Tidghine  
 Lot Kouba - D. Bouazza  
 Tél. 05 22 20 17 91  
 Date de consultation : 11/11/2019  
 Nom et prénom du malade : Anis Age: 18  
 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 : Le :  
 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
16.11 21P	Cr	—	20 m	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.11.19	127,00

[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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

[illegible]

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 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 كاترين غيملطو

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

الإستقبالات بالموعد

Casablanca, le 16/11/2009 في الدار البيضاء،

127,000

*Duraz*

1

S.V

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 -

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

DULTAVAX INJ SER DOSE B1

P.P.V. : 127DH00



6 118001 080342

PHARMACIE ACHRAF

Dr. Slimane Slimane

Rés. Annad - Bd. Annad - Cité Plateau - CASA  
Tél 05 22 98 97 63 - Fax 05 22 99 64 17

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