

## 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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-537180

21-252

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>18563</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENAYENE JALAL</u>			
Date de naissance : <u>03/10/1984</u>			
Adresse : <u>n° 4 Rue 52 oufia - CAA</u>			
Tél. : <u>0662 651 645</u>	Total des frais engagés : <u>963,00</u>	Dbs	

Cadre réservé au Médecin	<u>D.F. C. GUILLEMETTE</u>
Cachet du médecin :	<u>46, Boulevard Tidghine</u>
	<u>Lot Koubli - Dar Bouazza</u>
	<u>Tél : 05 22 96 17 90</u>
	<u>05 22 96 17 95</u>
Date de consultation :	<u>12/09/2020</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Benayene</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<u>Injection</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>16 SEP. 2020</u>
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.	

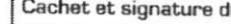
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **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
129 2026	Côte	-	300 M\$	INP : 09106260 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES MARNES SAINT-LEU-SAINT-GERMAIN</i>	<i>29/07/87</i>	<i>663,00</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

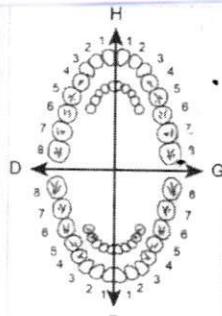
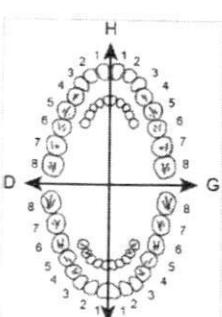
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H  25533412 00000000	G  21433552 00000000	B  00000000 35533411	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE 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 AUCHUDE BORDEAUX**

D.E.S. D'HOMÉOPATHIE 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

252.00

*Rotax*

## Hepaxim

31

HAMMADI'S TERRASSES MARES SRL  
Route AZEMOUR Res Terrasses Marins  
Dr Bouzaa - Casablanca  
Tel 05 22 29 10 87

Bencryan  
Youni

الدكتورة كاترين خمطوط

## ال اختصاصية في أمراض الأطفال والحساسية

شارع تیڈغین، 46

دار يوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : ٩١ ٩٦ ٢٢ ٥٠ / ٩١ ٩٦ ٢٢ ٥٠

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستقالات بالموعد

دار البيضاء، في طبع

