

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-522070

73681

EA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12355

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABASSI YASSINE

Date de naissance : 21(02)1983

Adresse :

Tél. : 0662762543

Total des frais engagés :

511,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine

Lot Koubli - Dar Houazza

Tél : 05 22 96 17 91

05 22 96 17 95

I.C.E : 001698943000033

Date de consultation : 25/05/2021

Nom et prénom du malade : Abbabi Nore

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ms. larynx

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 : 26/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-522070

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12355

Nom de l'adhérent(e) : ABASSI YASSINE

Total des frais engagés : 511,80

Date de dépôt : 26/05/2021

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

### 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
255.	Ent	—	300 Dhs	INP : 0510 68 679 L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE LE MEILLEUR TRAVAIL D'ARTISANAT D'ART
252				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUZZA ZAHZOUHI Amina Dar Bouzza Ouled Jerrah BP 93 Tél : 0529 01 74 - Dar Bouzza	25/05/21	211.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
				H 25533412 21433552 00000000 00000000
				D 00000000 00000000 35533411 11433553
				B
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

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'HOMEOPATHIE 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 .....

25 ..... 2021 ..... الدار البيضاء، في

18.10 Belladonne 15ml 3 gr: 6/50 — 3 J.

18.10 Ferrum 80ml 10 gr/50 — 3 J.

18.10 OROKEN 150 ml 1 dose de 16  
notre

Sarcofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebââ Casablanca  
Oralen 100mg/5ml  
gr f 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH

5 118001 080052

18.10 Aconit 30 ml  
10 gr/50 — 3 J.

PHARMACIE DAR BOUAZZA

ZAHZOUHI Amina  
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93  
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

18.10 Thuya 8 ml 3 gr — 3 J.

18.10 Sulfur 8 ml 3 gr — 3 J.

21.11.80

الدكتورة كاترين كيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

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

الاستقبالات بالموعد