

## 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.

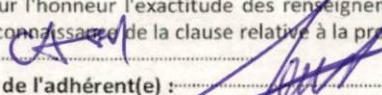
N° W19-494616

106164

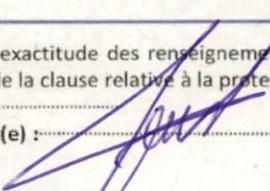
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9399	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AFAKHRI HICHAM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661109669 Total des frais engagés : Dhs			

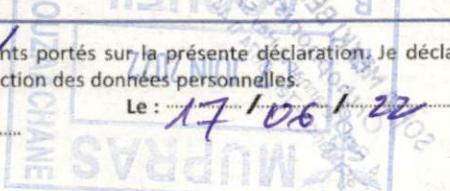
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 01/06/2022			
Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Troubles de l'articulation			
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 : 17/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :





## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
<i>SOFIA MEKKI BENJELLOUN</i> Orthopédiste que Taharabat 44 Bouanica, Tel: 604 114 48	01/03/92		do	A 01/14		200 250 911 = 5000
	01/06/92					

## 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'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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'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 23 / 2 / 2011 الدار البيضاء، في

الدكتورة كاترين ڭيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين 46

دار بوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 96 17 91 / 05 22 96 17 95

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستقبالات بالموعد

AFARINE

dine

3 mois de médicaments

Dr. Catherine GUILLEMETEAU  
Tél. : 05 22 96 17 95  
05 22 96 17 91  
Dar Bouazza  
Casablanca

SOFIA MEKKI BERRADA  
Orthophoniste  
4, Rue Tahannaou Hay Salam  
Casablanca - Tel. : 0674 11 44 48

MEKKI BERRADA SOFIA

Orthophoniste

Diplômée de la faculté

De médecine de TUNIS

4, rue Tahanaout CIL

Casablanca

TEL : 0674 11 44 48

CASABLANCA LE : 01 JUIN 2022

**FACTURE**

(du 09/03/22 au 01/06/22)

AFAKHRI LINA

1 séance	=	AMO 14	=	250 DH
20 séances	=	20 AMO 14	=	5 000 DH

CALENDRIER DES SEANCES :

1. Mercredi 09 mars 2022
2. Mercredi 16 mars 2022
3. Samedi 19 mars 2022
4. Mercredi 23 mars 2022
5. Samedi 26 mars 2022
6. Mercredi 30 mars 2022
7. Mercredi 06 avril 2022
8. Samedi 09 avril 2022
9. Mercredi 13 avril 2022
10. Mercredi 20 avril 2022
11. Samedi 23 avril 2022
12. Mercredi 27 avril 2022
13. Mercredi 04 mai 2022
14. Samedi 07 mai 2022
15. Mardi 10 mai 2022
16. Samedi 14 mai 2022
17. Mercredi 11 mai 2022
18. Mercredi 18 mai 2022
19. Mercredi 25 mai 2022
20. Mercredi 01 juin 2022

Arrêtée la facture à la somme de cinq mille dirhams.

Identifiant fiscal : 40305465 I.C.E : 001923279000029

*SOFIA MEKKI BERRADA  
Orthophoniste  
4, Rue Tahanaout CIL  
Casablanca - Tel : 0674 11 44 48*