

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 93.9.9 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFAIKHRI HICHAM

Date de naissance : 24/07/1971

Adresse : N27 LOT RYAD PARTNER, ROUTE D'AZZEMOUR, DAR BOUAZZA, NOUACED, CASA

Tél. : 06.6.110.96.69 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**GUILLAUME TEAU**  
46, Boulevard Tidghine  
Lot Koubi - Dar Bouazza  
Tél : 05 22 96 17 91  
05 22 96 17 95  
E.C : 00169394300003

Date de consultation : 21/1/2023

Nom et prénom du malade : AFAKHRI HICHAM Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALZHEIMER

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AVOIDER LA CHUTE

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 : 21/1/2023 Le : 24/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : HICHAM AFAKHRI

### 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
2.1.	Cav	-	800	
2.2.3				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/2023	18,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 21.....1.....2023  
 الدار البيضاء، في

**الدكتورة كاترين گیلمطه**

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

الاستقبالات بالموعد

ARTICHA

GHANIA

S.V.  
8am

18/11/2023  
 CARLSON 2A  
 3yrs old  
 NOSE  
 2 months  
 lots nasal  
 1m old  
 5j.

RC : 399369  
 Tel : 05 22 96 17 91  
 Dar Bouazza - Casablanca  
 DÉPARTEMENT DE JARDINS  
 VILLE DE CASABLANCA

D.C  
 46  
 GUILLEMETEAU  
 Boulevard Tadghine  
 Dar Bouazza  
 Tel : 05 22 96 17 91  
 I.C.E : 091069609  
 E-mail : c.guillemeteau@gmail.com