

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : MTL 12 563		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : Benayene Jafar		Date de naissance : 03/10/1984	
Adresse : Résidence des près Immeuble 13 apt 4, Casab			
Tél. : 06 62 65 16 45		Total des frais engagés : 392,50 Dhs	
r. C. GUILLEMETEAU 45, Boulevard Tidghine jet Koubli - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95 C.E : 001698943000033			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18 / 2 / 2023			
Nom et prénom du malade : Benayene Yousfi Age: 			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Omar			
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 : Casab Le : 12/04/2023			
Signature de l'adhérent(e) :			
			

[Signature]

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
Mr 2 625	cur	-	300 3	INP : 09106969 Dr. C. GUILLEMETEAU AS P

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél : 05 22 96 17 91 Méf : 001698543000033
<i>Thermogel LES TERPASSEZ MARTIN'S S.A.R.L.</i>	<i>18/08/2022</i>	<i>92,50</i>
<i>TOUZE AZEMOUR RÉES TÉRASSSES MARTIN'S</i>	<i>80</i>	<i>Sous</i>
<i>Dar Bouzaz Casablanca</i>	<i>83</i>	<i>part</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

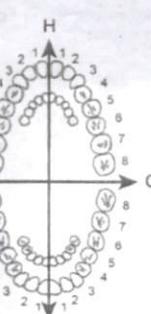
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	
			25533412 00000000	21433552 00000000
			D 35533411	G 11433553
			B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

الدكتورة كاترين خيمطو

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

Bernyene
Youni

Casablanca, le 18.12.2023 الدار البيضاء، في

18,50	Ariane	9 m	3,1 V	3 m
18,50	+ Fern - des	9 m	10 V	3 m
18,50	Ariane	Als	5 m	
18,50	Cepha	5 m	3,1 V	6 m
18,50	Belle donne	9 m	3,1 V	6 m
92,50				

Pharmacie LES TERRASSES MAROC
 Route AZEMOUR Rés Terrasses Maroc
 Dar Bouazza Casablanca
 Tel 05 22 29 10 87

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