

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-716538

132726

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72 938

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN CHIEKOUR KAMAC

Date de naissance : 30/08/1987

Adresse :

Tél. : 06 39 79 34 36

Total des frais engagés :

Dr. C. GUILMETEAU
46, Boulevard Tidghine
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
I.C.E : 00169894300033

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.7.2022

Nom et prénom du malade : BEN CHIEKOUR

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Coliques

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

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
27.9. 2012	Cab	—	3000 Dr.	INP : 0512646379 Dr. C. GUILLEMETE 46, Boulevard Lyon

EXECUTION DES ORDONNANCES		Ref : 05 22 96 17 91
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	I.C.E : 001698943000033
27/09/22		Montant : 17.95

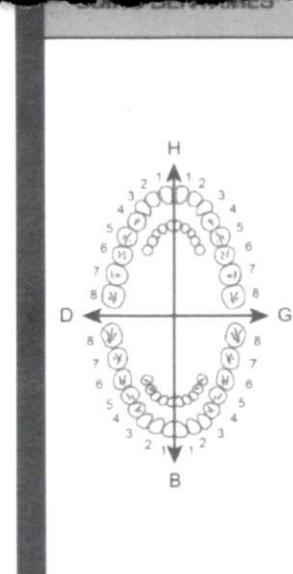
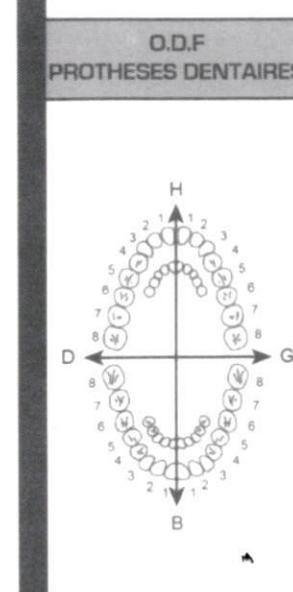
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		Traitées		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
																					
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
		<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" data-bbox="1594 926 1835 1082"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	G		35533411	11433553	B			
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
G																					
35533411	11433553																				
B																					
				MONTANTS DES SOINS																	
				DATE DU DEVIS																	
				DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

الدكتورة كاترين ڭيمطو

LICENCE 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 27.9.2022

اختصاصية في أمراض الأطفال
والحساسية

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

Dr. Catherine GUILLEMETEAU

Br. de la clinique

- lait IT

Mveloc IT 1

ou

BLenil IT 1

ou

Phyadoc IT

5 CT



18,50

Glo ammis

18,50

VLICA

3gr.

3 gr

15,-

18,50

Nux

5 CT



18,50

ECINACEA

3gr

3 gr

15,-

18,50

ECINACEA

5 CT



18,50

ECINACEA

3gr

3 gr

le reste — mis

185 Silicea sur le site *Am*



74001

SV

Dr. C. GUILLEMETEAU
46, Boulevard Tidjhine
Lot Koubi, Dar Bouazza
Tel: 05 22 96 17 95
I.C.E: 001698943000033

FARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
0 Prince Tadddart Rés Lina
Jnane California Ain Chda
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa
I.C.E: 001512678000029