

## 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'ordre d'envoi du médicament 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.
  - L'accord préalable soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

#### **Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC :**

- 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.



## Déclaration de Maladie

N<sup>o</sup> W21-716542

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>18938</b>	Société : <b>150967</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>BENCHEKILSON KAMAL</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : <b>0639193436</b>	Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	<b>Dr G. GUILLEMETEAU</b> 46, Boulevard Tidghine Lot Koubi - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95 I.C.S : 001698943000033	
Date de consultation : <b>3.1.2023</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Béchila KAMAL</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Rhinite allergique</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je communiquerai ces renseignements sous plicatif à l'attacheur.  <b>MUPRAS</b>		



### 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
31.12.23	Cvr	-	300 m.m)	INP : 09106960

Dr. C. GUILLEMETEAU  
46, Boulevard Tidghine  
Lot Koubl - Dar Bouazza  
Tél : 05 22 96 17 91

EXECUTION DES ORDONNANCES 05 22 96 17 95  
I.C.E : 001638943000033

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE JNANE DAHOUA  
DI : FALAH Youssef  
Jnane California Ain Chok  
Tel : 05 22 81 11 12 - Casa  
ICP : 001512673000029

Date

Montant de la Facture

31/12/23.

242.-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

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

H	2 1 1 2	3 4
3 4	5 6 7 8	5 6 7 8
5 6 7 8	1 2 3 4	1 2 3 4
1 2 3 4	5 6 7 8	5 6 7 8
5 6 7 8	1 2 3 4	1 2 3 4
H	2 1 1 2	3 4

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

الدكتورة كاترين خيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين 46

دار بوعزة - الدار البيضاء

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

c.guillemeteau@gmail.com : البريد الإلكتروني

الاستقبالات بالموعد

Ben de K

To nail

Casablanca, le 3.1.2023 ..... الدار البيضاء، في

18.00	Belladonna	5 ml	3r. 4 prof — 5j
18.00	Chonolitha	5 ml	3r. 4 prof — 5j
024.00	Sinister Klin	3 ml	3r. 3 — 5j
18.00	Ferrum Ols	5 ml	10 prof/j — 3j

18.00	Echisacee	5 ml
8.00	Sitice	5 ml
13.00	Colcane Cornu Re	5 ml
242.-		3r. 1 —

