

## 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

#### **Radioologie 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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation** : contact@mupras.com
  - O Prise en charge** : pec@mupras.com
  - O 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> W21-791291

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>12938</b>		Société : <b>N S X 70</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : <b>06 39 19 34 36</b>	Total des frais engagés :	
<b>Dr. C. GUILLEMETEAU</b> Cadre réservé au Médecin 46, Boulevard Tidghine Lot Koubl - Dar Bouazza Tél : 05 22 96 17 91 05 22 96 17 95 C.E : 001698943000033		
Date de consultation : <b>24/01/2023</b>		
Nom et prénom du malade : <b>Benelken</b>		Age : <b>51</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Pneum</b>	<b>hôp</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'att médecin conseil de la Mutuelle.		

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

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature de l'adhérent(e) :** .....

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees in a company.

# 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
20/4	Acte	—	20 m	INP: 051969609 Dr. KOUIBI Djalil Tél: 05 22 96 17 91 00 16 98 94 30 00
20/4	Acte	—	20 m	INP: 051969609 Dr. KOUIBI Djalil Tél: 05 22 96 17 91 00 16 98 94 30 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. FAH YOUSSEF CALIFORNIA Tél: 05 22 82 11 12 - 00 16 98 94 30 00	20/04/23	74.80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

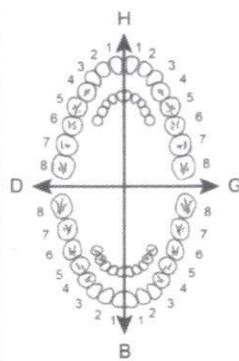
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

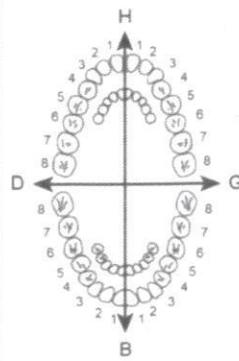
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# الدكتورة كاترين خيمطو

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

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين

دار بوعزة - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستقبالات بالموعد

Bescherkoune

Is nell.

الدار البيضاء، في Casablanca, le 20.6.2023

18,50

Bielleoduna

15 cu

10 grains 3/3-3

18,50

Chenoville

15 cu

10 grains 3/3-3

18,50

Calcarea carbonica

15 cu 3r le metris

18,50

Kalium bromatum

1 cu

74,00

3r le air - 1 cu

Enregistrement sans indications thérapeutiques  
MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA  
EXP. 03/2027 LOT: G03972 Ain Séba, Casablanca  
PPV: 18DH50 Kalium bromatum 9ch



3 400304 025 63

Enregistrement sans indications thérapeutiques  
MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA  
EXP. 10/2026 LOT: F64636 Ain Séba, Casablanca  
PPV: 18DH50 Belladonna 15ch



3 400301 087934

Enregistrement sans indications thérapeutiques  
MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE BOTTU SA  
EXP. 01/2027 LOT: G0028 Ain Séba, Casablanca  
PPV: 18DH50 Chamomilla vulgaris 15ch



3 400301 937932

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE  
Dr. FALAH Youssef  
0 Picto Taddart Res Lina  
Jnane California Ain Chq  
Tél: 05 22 97 11 12 - Casa  
ICE: 001512078000029

GILLEMETEAU  
Boulevard Tadghine  
Tél: 05 22 96 17 91  
05 22 96 17 95  
G.E: 001698943000033