

# 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O 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.

Nº W19-522066

ND: 33384

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : A9355

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *Abbas YASSINE*

9 NOV 183

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662762549

Total des frais engagés : 1000000 Dhs

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

Date de consultation : *3/2/2020*

Nom et prénom du malade : *Abbas YASSINE*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : *Rhino Néoplasie*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *16/05/2020*

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11.3<br>22      | Cak               | -                     | 300 mrs                         | INP : OR1269609<br>Cachet et signature du Médecin              |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie OULAD BOUZZA<br>LAOUTI HACHIM Med.<br>Casablanca<br>0522 29 08 03<br>0522 29 08 03 | 11/03/2020 | 224,10                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

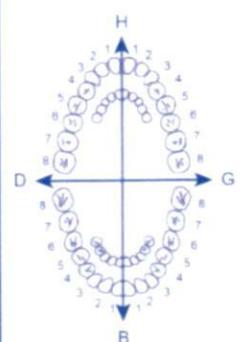
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire<br>CASABLANCA<br>0522 29 08 03          | 11/03/20 | BKA +<br>pract               | 150 DHS                |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

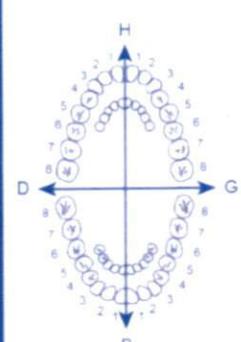
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                    |                | A M    | P 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



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 11.3.2020 الدار البيضاء، في

Abbas:

**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

Bw le lever du soleil

Zelose au 15-03-2020 SV

74/ ntr d'école.

2<sup>me</sup> Vermox 1 cuillère à soupe — 3j SV

LOT : 9MA060  
PER.: 05/2024  
VERMOX 20MG/ML  
SUSP BUV FL 30ML  
P.P.V : 23DH10

6 118000 011804

18.1<sup>er</sup> Ferrum Plus 5 cu 3r. 6/2020 SV

18.1<sup>er</sup> Aluin ac 9 cu 3r SP 1/2020 SV

71.1<sup>er</sup> Ophite gran 1 dr. 1 — 3r. 1/2020 SV

BOT  
PPV :

Nux Mince suu 3r 4/03

18.11.10

22.11.10

~~Dr. C. G. LLEMET~~  
~~46, Boulevard Tidjane~~  
~~Lot Koubi - Dar Bouazza~~  
~~Tel : 05 22 96 17 17~~  
~~T.C.E : 00169894300103~~



pharmacie OULAO JARRAH  
Dr. ALAOUI HACHMI Meriem  
39, Village Pilote Dar Bouazza  
tel : 0522 29 08 03 - CASABLANCA

**Dr. Catherine GUILLEMETEAU**

LICENCIEE 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 ١١ | ٣ | ٢٠١٥ الدار البيضاء، في

ECBU

h ٧:٤٩

Ortto pme

Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot Sidi Dar Bouazza  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 23 27 59

**الدكتورة كاترين خيمطو**

اختصاصية في أمراض الأطفال  
والحساسية

شارع تيدغين 46

دار بوعزة - الدار البيضاء

الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٩٦ ١٧ ٩٥ / ٠٥ ٢٢ ٩٦ ١٧ ٩١

البريد الإلكتروني : c.guillemeteau@gmail.com

الاستقبالات بالموعد

Dr. Catherine GUILLEMETEAU  
46, Boulevard Tadghine  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél. : 05 22 96 17 95  
E-mail : 091069609  
ICE : 001698943000033

## Facture

N° facture : 2020-0812

Edité le : 11/03/2020 10:42:48

Patient : ABASSI Sofia

Date prélèvement : 11/03/2020

| Analyses                              | Valeur en B | Montant       |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES | 120         | 160,80        |
| Total B                               | 120         | 160,80        |
| APB                                   | 1,0         | 25,00         |
| Déplacement                           |             | 0,00          |
| Remise                                |             | 35,80         |
| <b>Total</b>                          |             | <b>150,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Cinquante dirhams \*\*\*

TEL. ٠٥٢٢٢٩٢٧٣٩  
N° 23 Lot S. Sahel Casablanca  
Laboratoire Dar Bouazza

Dar Bouazza



Casablanca, le 12/03/2020

**Compte rendu d'analyses**

Dossier N° : 110320-039 Pvt du: 11/03/2020

Nom : Enf ABASSI Sofia

Page : 1 / 2

**MICROBIOLOGIE**

Valeurs Usuelles

Antériorité

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

**MACROSCOPIE**

Aspect : Clair

**CHIMIE URINAIRE**

Sucre : Absence

Corps cétoniques : Absence

Sang : Absence

Protéines : Absence

Nitrites : Absence

pH : 6,50

**ETAT FRAIS**

Cellules épithéliales : Rares

Leucocytes : 1000 /ml ( Inférieur à 10000 )

Hématies : 1 /ml ( Inférieur à 5000 )

Cylindres : Absence

Cristaux : Absence

Levures et filaments mycéliens : Absence

**PARASITOLOGIE**

Trichomonas vaginalis : Absence

**BACTERIOLOGIE**

Examen direct après coloration de gram : Absence de germes

Dr. BAHRI Leyla  
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza  
Casablanca  
Tél. 05 22 29 27 39  
Fax: 05 22 96 57 60

Enf ABASSI Sofia

Dossier N° : 110320-039

Page : 2/2

Valeurs Usuelles

Antériorité

|            |   |                  |
|------------|---|------------------|
| Culture    | : |                  |
| Culture    | : | Négative         |
| Numération | : | < 10000 UFC / ml |

Dar ouazza

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla