

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 | : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-537174

40254

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 19563 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENRIYENE JALAL

Date de naissance : 03/10/1986

Adresse : n° 4 rue ST OULFA - CAPA

Tél. : 0662 651 645 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine
Lot Koubl - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
I.C.E : 001698943000033

Cachet du médecin : Date de consultation : 6/8/2020

Nom et prénom du malade : Bén Riylene Yousi Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. C. GUILLEMETEAU

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

16 SEP. 2020

ACCUEIL

Dr. C. GUILLEMETEAU

46, Boulevard Tidghine
Lot Koubl - Dar Bouazza

Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95

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
6/01/2024	Orth	-	300.00	INP : 051069697 Dr. C. GUILLEMETEAU 46, Boulevard Turenne Lot Koubi Tidjane Tal

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

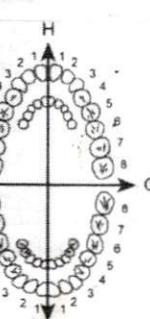
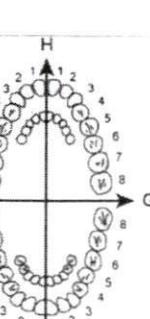
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OROF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX							
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p>D <input type="text"/> G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION								

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'HOMÉOPATHIE 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

Benniyone
Youni

الدكتورة كاترين خيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال
والحساسية

شارع تيدغين
دار بوزة - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 96 17 95 / 05 22 96 17 91
البريد الإلكتروني: c.guillemeteau@gmail.com

الاستقبالات بالموعد

Arniel S.V. en éruption 2/6-5
An réaction locale

8.60 Diphone S.V. 1 4110
3/6-5 m. fûne

PPV 80 H 60
PER 07/22
LOT 11706

8,60

E. 00212298943000033
Boulevard Tadghine
CLINIQUE GUILLEMETEAU
Dar Bouazza - Casablanca
Route AZEMOGAR, Les Terrasses Marines
Pharmacie LES TERRASSES MARINES SARL AL
46, Boulevard Tadghine
Dar Bouazza - Casablanca
Tél. 05 22 96 17 95
Fax 05 22 96 17 97

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH

