

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

- 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° W21-768784

ASS149

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72 938

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHERKOUN KAMAL

Date de naissance : 30/01/1987

Adresse : Résidence les fouloung d'Alfa H702

CIL - Casablanca

Tél. : 06 39 70 36 36 Total des frais engagés :

Dr. C. GUILLEMETEAU

Cadre réservé au Médecin : 6, Boulevard Tidghine

Lot Koubi - Dar Bouazza

Tél : 05 22 96 17 91

05 22 96 17 95

I.C.E : 001698943000

Date de consultation : 27 31 223

Nom et prénom du malade : BENCHERKOUN Kamal Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Osteo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

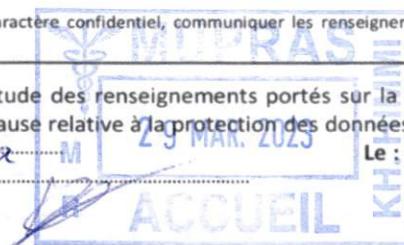
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atlas médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 29/13/2023

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
27.3. 223	Chir	-	380.000	INP : OR196963 D.C. GUILLEMET 46, Boulevard Lot K...

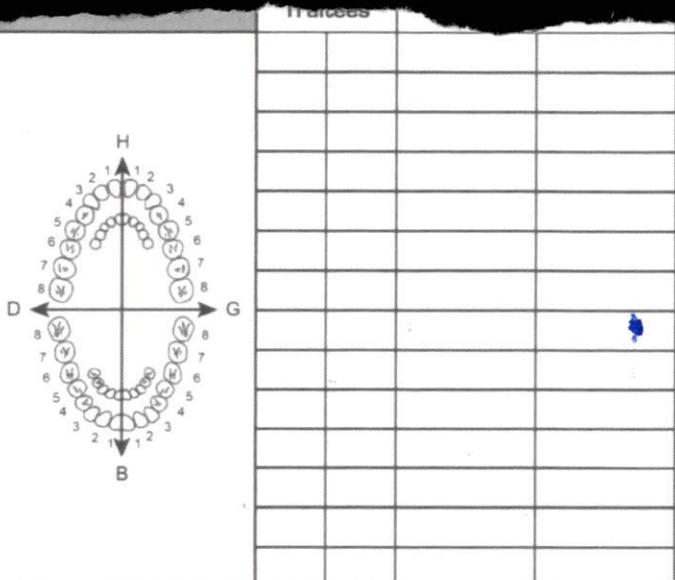
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAPMAN & H Young Ltd 15, Faubourg du Temple 75000 Paris	27/03/23	93,40

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
		A M	P C	I M	I V	

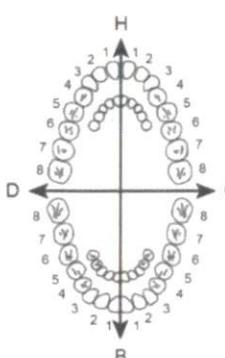
VIOLET ADHERENT

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

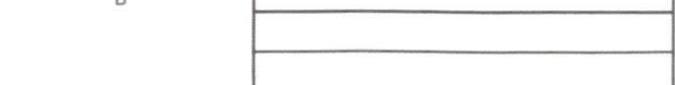


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

الدكتورة كاترين ڭيمطو

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

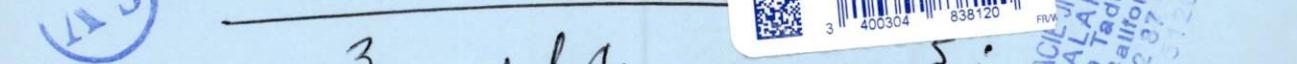
Bendek
Dr. cil

Casablanca, le 27/3/2023 الدار البيضاء، في

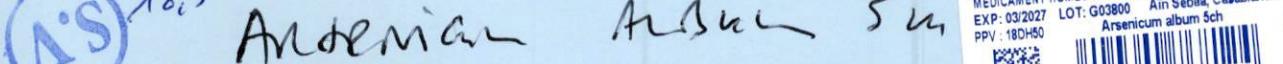


Antitrixynel A'S 1 pte 4/63 — 5j
Chouette 15ch 10 pms 3/63 — 5j

Chouette 10 pms pte 5j la partie d'une
des deux qui l'ont arraché



Mercurius bursarius 5ch 18,50 3gr 4/63 — 5j



Andromium album 5ch 18,50 3gr 4/63 — 5j



Belladonna 5ch 18,50 3gr 4/63 — 5j

