

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.



Déclaration de Maladie

M23-0023279

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22 938 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEROUN KAMAL

Date de naissance : 30/11/1987

Adresse :

Tél : 06 39 7934 36

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 :

Nom et prénom du malade : BENCHEROUN Ihsa

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Toux

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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 :

Le : 22 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

RELEVÉ 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
11.12.23	Cv4	—	300 ms	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
	11.12.23	290 ms

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

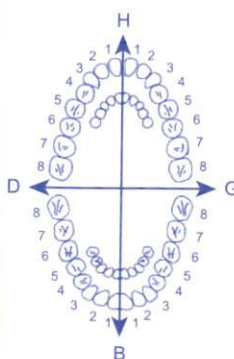
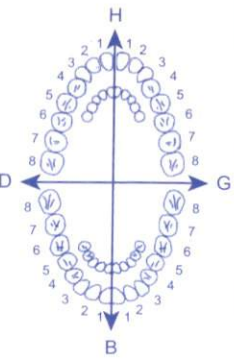
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 PÉDIATRIE

D.E.S. D'ALLERGOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

CLINIQUE

EX. ATTACHÉE DE CONSULTATIONS

AU C.H.U. DE BORDEAUX

D.E.S. D'HOMÉOPATHIE DU C.E.D.H.

46, Boulevard Tadjhine

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 غيمطو

اختصاصية في أمراض الأطفال

والحساسية

46، شارع تيدجين

دار بوعزة - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : guillemeteau@gmail.com

الإستقبالات بالموع

Bel de Kroue
Inail

Casablanca, le 11.12.2023 في الدار البيضاء

18.50 Aviaine 9m
BOTTU SA
Ain Sebba, Casablanca
LOT: F64833
Aviaine 9ch
EXP: 11/2026
PPV: 18DH50
FRM

18.50 Ferrum Siox 9m

18.50 Ipeca 5m 3gr

18.50 Hydrostis 5m 3gr

18.50 Coccus Coch 9m

MEDICAMENT HOMÉOPATHIQUE
EXP: 04/2028 LOT: H04148
PPV: 18DH50
Coccus cacti 9ch
BOTTU SA
Ain Sebba, Casablanca
FRM

Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 03/2028 LOT: H04100 Ain Sebba, Casablanca
PPV: 18DH50 Ferrum phosphoricum 9ch
FRM

MEDICAMENT HOMÉOPATHIQUE
EXP: 12/2027 LOT: G16122
PPV: 18DH50 Ipeca 5ch
BOTTU SA
Ain Sebba, Casablanca
FRM

C. GUILLEMETEAU
46, Boulevard Tadjhine
Lot Koubi - Dar Bouazza
Tél : 05 22 96 17 91
05 22 96 17 95
ICE : 001698943000033