

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

160863

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1923 Société : RAD

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHATINI HAYAT

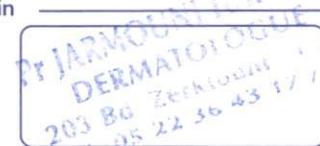
Date de naissance :

Adresse : 26, Rue Imaïn ALLOUSSI Bourzough

Tél. : 0667180291 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/05/2023

Nom et prénom du malade : Yne Chatini Hayat Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Demode

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 : / /

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
08/05/23	C3		3500	DERMATOLOGIE 2023-05-08 Tél. 05 64 37 11 27 Pr. JARMOUNI IDRISI DERMATOLOGUE 64371127 Zerktuan 1252
16/05/23	co		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/05/2023	124,70
	16/05/23	87,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
05/04/2002	Signature du Laboratoire du Radiologue Hajat	

AUXILIAIRES MEDICAUX

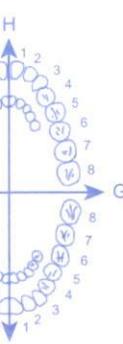
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

Nmo CHATI RI Hayat

Casablanca, le 16/5/23 الدار البيضاء، في

Atikeys DERMOCAL Crème n° 5

16/5

My sister scars

3 days / تجربة



Pr JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouri Casablanca
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

6 1180000161295
ID: 651102
PPV: 17,40 DH
Ain El Aouda
Région de Rabat
GlaxoSmithKline Maroc

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 651102
6 118000161295

PHARMACIE AIDA
Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat
196, Bd. Zerkouri Casablanca
Tél: 05 22 26 32 53 Fax: 05 22 29 36 61
ICE : 001754806000050

T = 87/100

092002296

PHARMACIE AI
Mme. BENOUNA BENZAKOUR
196, Bd. Zerkouri Casablanca
Tél: 05 22 26 32 53 Fax: 05 22 29 36 61
ICE : 001754806000050

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 651102
6 118000161295

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
ID: 651102
6 118000161295

203, Bd. Zerkouri - Résidence Ben Ham - 4^o étage - Casa - البيضاء - إقامة بن حام الطيب الرابع

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

بالموضع

Prof. LOT: 7818
De. PER: 04-25
P.P.V: 40 DH 70

MOUNI IDRISI

urologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد العبرموني الإدريسي
اختصاصي في الامراض الجلدية و التنسالية

Mme CHATIRI Hayat

Casablanca, le 08.5.23 الدار البيضاء، في

Prux 5

87,00

Demandé même n° 5

abs x 10 jsc



le sén x 10 jsc

un sén sén 2 x 15 jsc

40,70

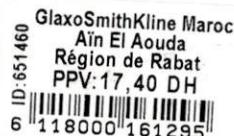


Valeurs cp 1 séri du 15

1cp/j



127,70



Sur Rendez-vous

بالموعود

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطبيق الرابع - البيضاء - Casa

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 - الهاتف : GSM : 06 76 90 94 56

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com