

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKALLI Housseini MOHAMED

Date de naissance : 18-07-1956

Adresse : 3, Rue ORAN (Résidence AIDA) CASA

Tél. : 06 66 12 08 09 Total des frais engagés : 69,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/23

Nom et prénom du malade : Dr SKALLI Housseini MOHAMED

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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
22/8/2023	G3		350.00	PI MARMOUTIER DERMATOLOGISTE 04 05 22 36 43 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 131 Bd Yacoub El Moustakir 10074 0522993986	22/08/23.	309,20.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

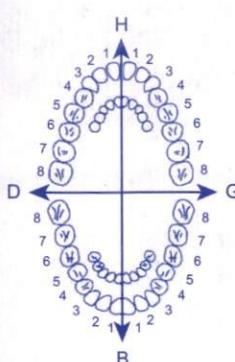
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SKALLE - HOUSSSEIN Mohamed
الدار البيضاء، في

2630 AV CLEMENTIN 1g sachet

1 bouteille de 1L

1 sachet x 2/-

65.10. Ultralavure gelée

1.0.1

65.40.

Tegum cream 100g x 30

55.40.

le sen entre

Sungam 200

14/-

= 309.90.

Pr JARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni - Casab
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

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

الفاكس : 05 22 36 43 68 - الهاتف : 05 22 36 43 17 / 27

GSM : 06 48 42 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

06 76 90 9456

مجموع

1176 12 2022 12 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

صالح لغاية:
EXP.:

LOT: 230192
PER: 02-2025
PPV: 62.40DH

15 SURGAM 200MG
CP SEC 820
P.P.V: 55DH40

6 118000060857

0