

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 : **0777** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : **AMMAR Mohamed RAJAB**
 Nom & Prénom : **AMMAR Mohamed RAJAB**
 Date de naissance : **30-11-46**
 Adresse : **23 Rue Golfe du Benghal Asidab**
 Tél. : **066 4340777** Total des frais engagés : **418.74** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Pr JARMOUNT IDRISIA DERMATOLOGUE
 Date de consultation : **03/03/2014**
 Nom et prénom du malade : **Mr. AMMAR RAJAB** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Dermose**
 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 : **CM RA**

Le : **31/1/14**

Signature de l'adhérent(e) :

R ACCUEILLIR

R ACCUEILLIR

R ACCUEILLIR

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
30/12/24	G3		350.00	Pr. ZERKLOUNI DERMATOLOGUE 203 Bd. Zerkouni Casab Tél: 05 22 36 43 17 127

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZERKLOUNI 62, Rue de la République Aïn Diab 108152 Tél: 06 22 36 43 17 127	30/12/2024	65.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Professeur R.JARMOUNI IDRISI

Dermatologie -Vénérologie - Laser - Puvathérapie

شيد الجرمنوني الإدريسي

الامراض الجلدية و التنسالية

Mme AMMOR ovalas

Casablanca, le 30.1.84 الدار البيضاء، في

23/9/84
Diprosone 10mg/ml

20g x 07 jours

de 100g x 10 jours

un gout n° 2 x 10 jours

P. Baro a Darha



PHARMACIE RAIS
+ 62, Rue de la Mer Baltique
Aïn Diab - Casablanca
Tél : 05 22 79 61 52

PHARMOUNI IDRISI
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

15 جours

بالموعد

203, شارع الزرقطوني إقامة بن حم الطابق الرابع - البيضاء - 203

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

E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

611 800115 012 D
DIPROSTONE 0.05% Pomade 15g
P.P.V. 23.80DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura